Nr. 45. 4. listopada 1928. Rok VII

POLSKA GAZETA LEKARSKA

JÓZEF DIETL 1804—1878 *)

Minęło 50 lat od śmierci Józefa Dietla, wielkiego patrjoty, uczonego lekarza, reformatora i działacza, który dzięki niezwykłej szlachetności swej duszy, dzięki głębokiej wiedzy i wszechstronności swego umysłu, zdołał z niejednego tytułu zaskarbić sobie wdzięczność polskiego społeczeństwa.

Godzi się, by i młodzież naszego uniwersytetu dowiedziała się dzisiaj, że wielki Dietl i około jej dobra, wychowania i wykształcenia położył niespożyte zasługi.

Już sama tragicznie dlań zakończona walka z zaborczym austrjackim rządem o wprowadzenie języka polskiego w uniwersytecie Jagiellońskim wystarczyłaby, aby imię Dietla zapisać na zawsze złotemi zgłoskami w księdze porozbiorowych dziejów naszego narodu.

Dietl mając sławę znakomitego lekarza w Wiedniu nie wahał się ani na chwilę przyjąć katedrę w krakowskim uniwersytecie, jak nie wahał się podjąć wielkiej pracy dla ojczyzny, pracy społecznej i narodowej, w mieście, sejmie i radzie państwa. Wielki jego umysł i silny charakter podołał wielkiemu temu zadaniu i okrył sławą nietylko jego samego, ale nasz uniwersytet, miasto i imię Polski. Zadanie jego nie było łatwe, bo zastał uniwersytet prześladowany przez władze centralne, miasto w stanie zaniedbania, ludność niemczoną i uciskaną przez rząd austrjacki. Jak wielką była złość i zawiść żywiołu niemieckiego u nas a siły jego potężne, dowodzi fakt, iż znakomity ten uczony, profesor uwielbiany przez uczniów, wielki reformator uniwersytetu, trzykrotnie wybrany rektorem, został przez swą przejętą miłością ojczyzny działalność pozbawiony nie tylko berła rektorskiego, ale nawet usunięty z katedry. Zaprawdę rzecz niebywała i dla ówczesnych stosunków w byłym zaborze austrjackim nader znamienna. Nie ugiął się jednak ten wielki człowiek, pracował dalej jako prezydent miasta, poseł na Sejm i do Rady Państwa, i zostawił po sobie czyny, które go wsławiły daleko poza granice kraju.

Józef Dietl urodził się w roku 1804 w Pobieżu w wiosce ziemi samborskiej z ojca Franciszka pochodzenia „niegdyś" niemieckiego jak pisze sam Dietl o sobie, i z matki Anny z Kulczyckich, szlachcianki polskiej, siostry rodzonej kontuszowego szlachcica starej daty, patrjoty polskiego, który z powodów politycznych stracił nawet stanowisko sędziego w Samborze.

„Moja matka — pisze sam Dietl w swoich wspomnieniach — szczerą, jędrną polskością przejęta, nie mówiła po francusku, modliła się po polsku, a za nią wszystkie dzieci za panią matką pacierz", dzieci sama wychowywała skromnie, bogobojnie, po prostu, lecz po polsku. Chodził do szkół w Tarnowie i Nowym Sączu i w szkołach wówczas zapoznał się z batem niemieckim, gdyż nie umiał pacierza po niemiecku. W roku 1819, a więc w 15-tym roku życia, umarł mu ojciec, a wskutek tego uszczupliły się fundusze z domu nadsyłane.

Materjalne przeszkody nie potrafiły przezwyciężyć zamiłowania do nauki, i Dietl udał się w roku 1821 na studja do Lwowa, nie posiadając żadnych środków pieniężnych. Tutaj po roku ciężkiej i twardej pracy złożył egzamina z postępem celującym i dzięki temu mógł udzielać lekcji matematyki, wskutek czego, jego stan materjalny uległ pewnej poprawie. Po ukończeniu kursu filozoficznego we Lwowie udał się w roku 1823 do Wiednia, gdyż postanowił poświęcić się studjom lekarskim. W pierwszym roku swego pobytu w Wiedniu musiał Dietl znowu walczyć z trudnościami materjalnemi, gdyż wyczerpawszy szybko swą gotówkę pieniężną, którą przywiózł ze sobą, znalazł się w pewnym dniu zaledwie z ośmioma krajcarami. Wtedy to otrzymana lekcja prywatna uratowała Dietla z ciężkiego położenia. Zmagając się z losem, wśród wytężającej pracy nad sobą i nad zdobyciem środków do życia ukończył Dietl pierwszy kurs medycyny. Na drugim kursie otrzymał Dietl od ówczesnych stanów galicyjskich stypendjum, wynoszące 400 Florenów monety wiedeńskiej rocznie, tak, że odtąd mógł już wyłącznie oddać się nauce. Po znakomitem złożeniu egzaminów na doktora medycyny w roku 1829 objął Dietl posadę asystenta przy katedrze mineralogji i zoologji na uniwersytecie wiedeńskim. Jako asystent prowadził własne wykłady, a prócz tego często zastępował starego już podówczas profesora Scherera. W tym okresie czasu ogłosił w języku włoskim rozprawę konkursową na profesora zoologji i mineralogji w Padwie, lecz mimo jednomyślnego wyboru przez grono profesorów, katedry nie otrzymał; mianowano profesorem jednego z jego współzawodników Włocha, który stanowisko to zawdzięczał protekcji.

W roku 1833 ustąpił Dietl z asystentury przy katedrze mineralogji i zoologji, gdyż został mianowany fizykiem powiatowym na przedmieściu Wieden, a w roku 1841 otrzymał prymarjat nowozałożonego szpitala na Wiedeniu. W tym okresie wyrobił sobie Dietl dużą praktykę lekarską i wkrótce stał się jednym z najsławniejszych lekarzy Wiednia. W roku 1848 został mianowany dyrektorem szpitala, w którym pracował dotychczas jako prymarjusz. W roku 1851 został powołany na katedrę patologji i terapji szczegółowej na wydziale lekarskim uniwersytetu Jagiellońskiego.

Wykształcony w uniwersytecie wiedeńskim, hołdował w medycynie kierunkowi przyrodniczemu. Już jako prymarjusz szpitala we Wiedniu pracował u sławnego podówczas anatoma patologicznego Rokitansky'ego, co na jego kierunek lekarski wywarło wpływ przemożny, a co było rzeczą niezmiernie ważną, jeśli się zważy jak wielką rolę w tych czasach zaczęła odgrywać anatomja patologiczna w medycynie. Również nowe metody badania fizycznego chorych stosowane wówczas przez klinicystę wiedeńskiego profesora Skodę, wpłynęły na wykształcenie Dietla w kierunku naówczas nowożytnym i zrobiły z niego przyrodnika - lekarza, który był zdolnym do reformy nauki lekarskiej, jakiej dokonał na katedrze w naszym wydziale. Wprawdzie nowoczesne metody badania znał jego poprzednik profesor Brodowicz, jednakże im niezupełnie dowierzając nie mógł się przyczynić do należytego ich rozpowszechnienia, jak to uczynił Dietl, który te metody stosował z całą wiarą, a przeto i ze szczerym entuzjazmem. Dlatego dopiero od Dietla zaczyna się u nas era nowoczesnej medycyny.

Wówczas wprawdzie minęło już dwadzieścia kilka lat od śmierci Laennecka, wynalazcy osłuchiwania chorych, a więcej, bo z górą 40 lat od śmierci wynalazcy metody opukiwania chorych Auenbruggera i wprowadzenia do kliniki paryskiej tego sposobu badania przez lekarza napoleońskiego, profesora Corvisarta, lecz metody te zaledwie w Wiedniu, gdzie panował rozkwit nauk lekarskich, zaczęły wchodzić w użycie, a w Krakowie nie były znane, choć Lewicki, asystent Brodowicza i Kremer ogłosili o nich w języku łacińskim prace, a nawet zaczął stosować je 30 lat przedtem uczeń Laennecka, prof. Herberski w uniwersytecie wileńskim. Nic więc dziwnego, że Dietl, który je wprowadził obok metod chemicznych i obok badań anatomiczno - patologicznych dokonał u nas przewrotu w sposobie nauczania i że garstka adeptów medycyny, która studjowała wówczas w Krakowie rozniosła sławę mistrza na wszystkie strony. Jego zaś zasługą pozostanie na zawsze zrównanie poziomu nauki lekarskiej polskiej z poziomem jej na zachodzie, wprowadzenie do naszego uniwersytetu nauki anatomji patologicznej, którą wykładał sam przed przyjściem prof. Treitza. Wystaranie się zaś o zakład chemji lekarskiej i o docenturę tego przedmiotu, należy też do czynów jego, któremi się zapisał w kronice naszego Wydziału, jak również sprowadzeniem do Krakowa znakomitego profesora anatomji Teichmana.

---

*) Wykład wygłoszony w dniu 22 października 1928 r. w Krakowie przez Prof. J. Latkowskiego z okazji odsłonięcia tablicy pamiątkowej w sali wykładowej II Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W ten sposób przez Dietla nauka medycyny w Polsce zyskała podstawy przyrodnicze. Kierunek przyrodniczego badania w medycynie, którego twórcą był we Francji Bichat, przyszedł ztamtąd do Wiednia, skąd go Dietl przeszczepił do Polski. Jak dalece Dietl tym nowym kierunkiem w medycynie był przejęty świadczą najlepiej jego własne słowa: „Nadeszła — mówi Dietl — ostatnia godzina pozbawionej podstaw empirji. Nigdy już nie będzie ona mogła nam wystarczyć przy dzisiejszym stanie przyrodniczych nauk. Musi ona ustąpić wyższemu czysto naukowemu kierunkowi. Tylko to, co w naukach przyrodniczych jest ugruntowane i z nich płynie, może być przeniesione do praktycznej medycyny. Wszystko inne należy do dziedziny mistyki. Przodkowie nasi myśleli tylko o wyniku leczenia, my zaś troszczymy się przedewszystkiem o wynik naszych badań. Lekarza należy oceniać jako badacza przyrody, a nie zaś jako sztukmistrza w leczeniu. Medycyna posiada swój przedmiot, swe zasady, swe metody, tak jak każda wiedza przyrodnicza, a zwłaszcza praktyczna sztuka leczenia nie wypływa z podmiotowych, lecz z przedmiotowych pojęć. Jest ona zatem wiedzą, a nie żadną sztuką. Najwyższym celem starej szkoły było uzdrawianie, a wiedza była tylko przypadkowym wynikiem usiłowań leczniczych. Najwyższym celem naszej nowej szkoły jest wiedza, a leczenie ubocznym wynikiem wiedzy. W wiedzy, a nie w wykonaniu czynności lekarskich leży nasza siła". Te jego zapatrywania uległy później pewnej zmianie. Oprócz prac niemieckich pisanych w Wiedniu, ogłosił wówczas pracę, „o podstawach anatomicznych chorób mózgowych", a w szczególności pracę „o upuście krwi w zapaleniu płuc". Praca ta zwróciła uwagę całego świata lekarskiego gdyż autor w niej wypowiedział wojnę tak powszechnie podówczas stosowanemu środkowi t. j. puszczaniu krwi, które w tych czasach przerodziło się u lekarzy w prawdziwą namiętność, t. zw. hematomanię.

O głównych wyznawcach tego leczenia, oraz lekarzu francuskim Bouilland i lekarzu włoskim Razori powiedziano wówczas, że wypuścili oni ludzkości więcej krwi, jak wojny napoleońske. Inny znów lekarz francuski prof. Broussais kazał sobie wypuścić sześć razy krew w ostatniej swej chorobie, a w zapaleniach płuc wypuszczano zwykle krew do 20 razy.

Nic dziwnego więc, że Dietl przy wrodzonym zmyśle krytycznym, mając za sobą szkołę przyrodniczą i opanowawszy metody i sposoby nowoczesnego badania, występuje przeciw tak nadużywanemu i nieobojętnemu sposobowi leczenia zapalenia płuc. Krytycznie też rozbiera wpływ upustu w swej pracy na duszność, tętno, stan krążenia w płucach, na rozwijanie się nacieku zapalnego i przychodzi do wniosku, że upust nie działa korzystnie na przebieg zapalenia płuc. Dietl w pracy swej opiera się na spostrzeganiu 189 nie leczonych upustem przypadków zapalenia płuc, 106 leczonych winnikiem wymiotnym i 85 leczonych upustem. (Rozważa też znaczenie z punktu widzenia anatomji patologicznej i fizjologji, przedstawia wpływ upustu na powikłania w zapaleniu płuc i na przyczynę śmierci i na podstawie analizy dokładnej tego materjału oświadcza się przeciw upustowi). Rozbiera dokładnie pytanie, czy upust krwi może wpływać na duszność w zapaleniu płuc. Twierdzi, że duszność nie pochodzi z przekrwienia naczyń płucnych, jak powszechnie twierdzono, lecz z nagromadzenia się bezwodnika węglowego we krwi i zakażenia właściwego powodującego zapalenie płuc.

Upust krwi w zapaleniu płuc osłabia duszność i Dietl przyznaje tę zaletę tej metody leczenia, lecz wykazuje równocześnie, że upust działa przez przyspieszenie prądu krwi w płucach dzięki czemu przychodzi do wymiany gazów w pęcherzykach płucnych i do zmniejszenia duszności. Tu Dietl jako objektywny badacz zbliża się też do dzisiejszych poglądów na działanie upustu. Pomimo jednak tej okoliczności nie radzi Dietl stosować go w zapaleniu płuc. Upust źle działa, uważa on, na „ciepło i przewiew krwi", niekorzystnie też na tętno, bo nie zawsze następuje zwolnienie tętna i to tylko przemijające, ale u osób niedokrewnych upust przyspiesza tętno, które staje się większe, pełniejsze i dwubitne, co oznacza wedle Dietla wodnistość krwi i bezsilność serca. Ujemnie działa na przypadłości nerwowe, na wygląd chorego, na jego łaknienie, wskutek tego powoduje wychudzenie i osłabienie chorych. Nie sprowadza upust ustąpienia nawału ani nie przyspiesza zwątrobienia. Nie przerywa też zapalenia płuc. Z badań swych sekcyjnych wnosi, że upust wpływa na przejście czerwonego zwątrobienia w ropno-rozpływne. Sądzi też, że ropień zjawia się najczęściej jako zejście zapaleń leczonych upustem. To samo sądzi o stwardnieniu jako częściej zjawiającem się po upuście. Także powikłania miał częstsze u osób leczonych upustem. Wedle Dietla upust zwiększa śmiertelność w zapaleniu płuc, bo wynosiła ona 20,4% u leczonych upustem, a tylko 7,4% u chorych leczonych bez upustu. „Nie jest przeto nigdy wskazany upust krwi w zapaleniu płuc — mówi Dietl — „bo nie może sprawy zapalnej przytłumić, lub odwrócić, nie może ograniczyć zwątrobienia, nie może podniecić wsysania wypocin, chyba wyjątkowo, ani wyzdrowienia przyspieszyć".

Dietl chcąc wyprzeć ten zwyczaj tak obfitego wypuszczania krwi musiał być radykalnym, radzi więc upust zupełnie odrzucić, dowodząc, że nie leczy zapalenia płuc. Choć Dietl nie zaprzecza, że upust może przynieść pewną ulgę w kaszlu, duszności, jak również, że upust przyspiesza zwątrobienie, a więc nawet do pewnego stopnia przebieg skraca, uważając dalej upust krwi za środek objawowy, nie za lek przyczynowy, radzi odrzucić go, bo nie leczy zapalenia płuc. W tem też jego zasługa, że umiał krytycznie ocenić, działanie upustu i usunął tak zwany wampiryzm. Dietl jednak zauważył, że upust działa dodatnio na krążenie, więc okazał wielką bystrość obserwacji, skoro zauważymy, że opierał się tylko na doświadczeniu klinicznem. Nowsze dopiero badania wykazują, że upust krwi wywiera duży wpływ na różne czynności ustroju, już to przez wpływanie cieczy tkankowej do krwi, pobudzenie czynności wątroby i śledziony do regeneracji krwi, występowanie leukocytozy i trombocytozy przez zwężenie koryta naczyniowego naczyń włosowatych i opadnięcie ciśnienia kapilarnego krwi w stosunku do ciśnienia w tkankach.

Tak więc stanowisko Dietla w tej materji cechuje umysł samodzielny i krytyczny umiejący spojrzeć prawdzie w oczy, a nie idący służalczo za ogólnie przyjętemi zapatrywaniami.

Jako lekarz nie znosił on też stosowania niepotrzebnego i nadmiernego leków, i starał się wskazania lekarskie ściśle określać wedle swych słów: „Ścisłe rozpoznanie, proste leczenie". Dietl zapoczątkował w ten sposób nowoczesną erę w medycynie, chciał się bowiem oprzeć na ścisłem badaniu i ścisłem rozpoznaniu. Jakkolwiek to w owych czasach było tylko w ograniczonej mierze możliwem, to jednak te jego chęci znamionują badacza nowoczesnego, uczonego chcącego kontrolować swe dociekania doświadczeniem.

W pracach swych o wydzielaniu się chininy, o cholerze, o zimnicy, gośćcu stawowym, o durzycy dał się poznać jako wytrawny klinicysta obdarzony wielkim darem spostrzegawczym. On pierwszy spostrzegł wiele objawów chorobowych i to tak ważnych. jak np. wysypka durowa, którą nawet, gdy zachorował, na sobie samym pokazywał w klinice swym uczniom. Ponadto podał obraz kliniczny śledziony wędrującej i uwięźnięcie nerki ruchomej. Aforyzmy jego zawierają wiele trafnych spostrzeżeń.

Tak jak zwalczał nienależycie uzasadnione kierunki leczenia i niestosowne podawanie wątpliwej wartości leków, tak też nie mógł znieść widoku zakorzenionego jeszcze wówczas kołtuna i w pismach swych, jakoteż wpływem swym i powagą zdołał rzeczywiście ten wyraz niechlujstwa i ciemnoty wyplenić. Nie było to jednak łatwe w czasach Dietla zwalczyć wiarę w kołtuna, gdyż nie tylko Lafontaine, lekarz francuski osiadły w Polsce, ale Frank profesor uniwersytetu wileńskiego, Jędrzej Śniadecki, Chałubiński, Marcinkowski, uważali kołtun za diatezę chorobową, a wiara ludowa głosiła, że pozbycie się kołtuna grozi wywołaniem jak najcięższych chorób jak np. epilepsji. Dlatego Dietl musiał powierzyć badania nad kołtunem specjalnej komisji i sprowadzać chorych z całej Galicji do kliniki lekarskiej. Na podstawie 1500 zbadanych przypadków orzekł, że kołtun, „plica polonica" nie jest żadną chorobą ani nie stoi w żadnym związku przyczynowym z jakiemkolwiek schorzeniem w ustroju. Spowodował wydanie zakazu uczęszczania osób z kołtunem do urzędów, szkół publicznych i t. p. i usunął ten zabobon.

Żałować przeto i dziś jeszcze należy, że reakcyjny rząd austrjacki przerwał Dietlowi pracę naukową, gdy był jeszcze w pełni sił i energji, gdyż wielki jego umysł mógł jeszcze nowe drogi wskazywać i wpływać ożywczo i zachęcająco na pracujące naukowo ówczesne pokolenie.

Dla piśmiennictwa lekarskiego położył Dietl zasługi przez założenie Przeglądu Lekarskiego w roku 1861. Umiał on wskazać wówczas znaczenie czasopisma lekarskiego dla ożywienia ruchu naukowego lekarskiego i energją swą dzieło to doprowadził do końca, zakładając przy krakowskiem Towarzystwie Naukowem komisję redakcyjną Przeglądu Lekarskiego.

Dietl był czynnym członkiem Krakowskiego Towarzystwa Naukowego, a później po przekształceniu tego towarzystwa na Akademję Umiejętności, członkiem tejże i dyrektorem oddziału przyrodniczo-lekarskiego, jakoteż do ostatnich lat swego życia wiceprezesem Akademji. W Akademji tej Dietl założył komisję balneologiczną, zajmującą się naukowemi pracami nad zdrojownictwem oraz organizacją i rozwijaniem zdrojowisk polskich. Komisję tę po jego ustąpieniu przejęło Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. Na tem polu daje się poznać Dietl nie tylko jako uczony i profesor, lecz też jako człowiek czynu i organizator. Można śmiało powiedzieć, że jego wielkiej energji i pracy zawdzięczają nasze zdrojowiska to, czem są. Dietl je właściwie odkrył dla naszego społeczeństwa i on je wpływami swemi ożywił i przy życiu utrzymywał. Stworzenie komisji balneologicznej dało

mu powód do kilkunastu znakomitych prac balneologicznych i do rozszerzenia swego zbawiennego wływu poza zakres naukowo-lekarski. Dźwignął bowiem jedną z zaniedbanych gałęzi gospodarstwa krajowego. Dietl opisał też prawie wszystkie naturalne źródła w Polsce, a więc Krynicę, Szczawnicę, Żegiestów, Busko, Solec, Iwonicz, Rabkę, Swoszowice, Krzeszowice, Ojców i Bardjów. To też słusznie wystawiono mu pomnik w Szczawnicy i Krynicy, a spacery w Krynicy nazwano Dietlówką.

W ważnych sprawach szczególnie w edukacyjnych był niezmordowanym szermierzem polskości w Radzie państwa, występując zawsze jako obrońca języka polskiego i autonomji kraju. Jako członek ówczesnej komisji edukacyjnej pracował nad reformą szkół krajowych i pisał o niej i był rzeczywiście reformatorem nietylko uniwersytetu, jako rektor, lecz i całego szkolnictwa w zaborze austrjackim. Jako pierwszy prezydent miasta przedłożył Radzie obszerny projekt reorganizacji magistratu. Miasto też Kraków zawdzięcza Dietlowi ogromnie wiele, Dietl bowiem zakreślił plan rozwoju miasta, który do dnia dzisiejszego ciągle się wypełnia.

W osobie Dietla widzimy potęgę tak w nauce, jak i w każdym innym zakresie rozległych jego zadań. Mądrym i przenikliwym swym umysłem umiał on wykonać najtrudniejsze zamierzenia. Cokolwiek pomyślał musiało przyjąć kształt realny. Nie krępowały go względy drobiazgowe, uprzedzenia lub przesądy. Z szerokiej jego umysłowości połączonej z rozwiniętym silnie zmysłem praktycznem, wynikała jego śmiałość planów, obok jasnego ich określenia. Owa pewność i stanowczość sądu, mowy i czynu, daleka od chwiejnych wystąpień.

To co umiał wyrazić, wypowiadał jasno i dobitnie tak, aby nie było żadnej wątpliwości jak ma być rozumiane. Ta sama dosadność odbijała się i w jego pismach, które odznaczały się żywotnością, stylem gładkim i wytwornym, a nie raz ozdobnym.

Cały jego charakter miał coś wspaniałego, tak jak jego postać pełna dzielności i siły świadoma i ufna w pełnie swej mocy. Łączył przymioty znakomitego lekarza, mistrza, uczonego, reformatora i obywatela słowem męża, który sam sobie wystawił pomnik niespożytemi swemi działani.

Świetlana postać Dietla powinna być na zawsze godnym naśladowania przykładem dla naszej młodzieży.

Jego borykanie się od młodości z losem, aby o własnych siłach, bez żadnych materjalnych środków, wśród mnóstwa przeciwieństw i trudności zdobyć wykształcenie i móc korzystać z ukochanej przezeń nauki, powinno być bodźcem dla tych, co w podobnych może jak on znajdą się warunkach.

Jego umiłowanie ojczyzny, jego bezprzykładna wprost łatwość z jaką wyrzekł się obcych godności, dostojeństw i zaszczytów, aby w skromniejszych bez porównania warunkach móc pracować dla dobra swego kraju, winny stać się dla młodzieży godnym naśladowania wizerunkiem, a jego wreszcie ofiarna działalność obywatelska, niech będzie dla Was wskazówką, że nie należy się zasklepiać w ciasnych ramach własnego tylko zawodu, lecz w miarę sił i możności trzeba się przyczyniać do rozwoju narodu i ojczyzny!

Prof. J. Latkowski (Kraków).

Dr. Edward SZCZEKLIK. Kraków.

O poglądach Dietla na upust krwi w zapaleniu płuc *).

Z II kliniki wewnętrznej U. J. pod kierownictwem prof. dra. J. Latkowskiego.

Stosowanie środków leczniczych w medycynie zależne jest od panujących w patologji poglądów w różnych okresach czasu. Zależnie od takich lub innych zapatrywań na istotę choroby stosuje się te lub inne środki lecznicze, które nieraz, przepisywane z dużą ufnością przez lekarza i przyjmowane z silną wiarą przez chorych, działają skutecznie. Istnieją środki lecznicze, których okres trwania jest niedługi, i odwrotnie, medycyna rozporządza również takiemi środkami, które znane już w zaraniu sztuki lekarskiej, przetrwały przez długie wieki aż do dni dzisiejszych. Do takich to właśnie oddawna używanych środków leczniczych należy upust krwi.

Upust krwi stosowano jeszcze przed Chrystusem, a ojciec medycyny Hipokrates polecał pust (24 wieki temu) jako dzielny środek zwłaszcza w silnych zapaleniach płuc. W kilka wieków później Galen poleca upust krwi jako dobry środek leczniczy, wychodząc z założenia, że odciągnięcie z organizmu przez upust krwi zepsutych i nadmiernych soków wybitnie poprawia stan chorobowy.

W myśl teoryj humoralnych medycyna czasów średniowiecznych, a także i nowożytnych uważała upust krwi za jeden z najdzielniejszych środków leczniczych, którego stale używano przy leczeniu różnych chorób. Do największego — jeśli można tak powiedzieć — rozkwitu doszedł upust krwi z końcem XVIII i początkiem XIX wieku, kiedy to niektórzy lekarze, jak Broussais, stosowali upust krwi prawie u każdego chorego. Tenże Broussais w swej ostatniej chorobie sam zaordynował sobie 6 upustów krwi. Jeszcze więcej radykalnym był uczeń Broussais'a — Bouillaud, który stosował systematycznie w zapaleniu płuc, a później we wszystkich chorobach gorączkowych obfite i bardzo częste upusty krwi. Lekarz ten polecał „saignées coup sur coup" i „émissions sanguines à haute dose", opierając się na swej teorji, że każda choroba gorączkowa bierze początek z zapalenia wsierdzia. To też w tych czasach należało do zasad dobrego leczenia wykonać u chorego na zapalenie płuc 20 upustów i upuścić choremu nieraz 10 funtów krwi. Takie postępowanie zjednało sobie później słuszną nazwę „wampiryzmu".

Jako reakcja przeciw temu krwawemu postępowaniu leczniczemu, przynoszącemu chorym niejednokrotnie wybitną szkodę, zjawia się w r. 1847 praca Dietla o upuście krwi w zapaleniu płuc. W czasie, kiedy nauki morfologiczne, metodyka badania fizykalnego i wogóle metody badania przyrodniczego torują sobie coraz to wyraźniejszą drogę w medycynie i dochodzą do swego znaczenia i kiedy porzuca się patologję humoralną, a zaczyna się przyjmować lokalizację poszczególnych chorób w odpowiednich narządach, w tym czasie Dietl, uzbrojony z jednej strony w dokładną znajomość anatomji patologicznej, z drugiej w bogate i długoletnie doświadczenie kliniczne, wypowiedział walkę upustowi krwi, stosowanemu podówczas zbyt szczodrze. Dietl, który był jednym z najwybitniejszych przedstawicieli nihilizmu terapeutycznego, jaki zapanował podówczas po wielowiekowym okresie polipragmazji terapeutycznej, pierwszy odważył się nie stosować zabiegu, ogólnie i oddawna uznanego, jakim był upust krwi w zapaleniu płuc.

Myśl, rzucona przez Dietla, była głęboka i nowa. W owym czasie według powszechnego mniemania należało do błędów sztuki lekarskiej nie zastosować upustu krwi w zapaleniu płuc. Upust krwi był podówczas środkiem leczniczym, uświęconym tradycją, wiekowym zwyczajem, a zwalczanie tego zwyczaju wobec powszechnego przekonania o skuteczności tego środka i przy ogólnem rozpowszechnieniu było rzeczą niezmiernie trudną. O tem świadczyć może choćby ta okoliczność, że nowe postępowanie Dietla, wzbraniające upustu krwi w zapaleniu płuc, spotkało się ze strony lekarzy z silną krytyką, która nieraz, nie przebierając w swych powiedzeniach, zarzucała mu nawet ignorancję. W niedługim jednakże czasie poglądy Dietla powszechnie przyjęły się, wybitne zaś zasługi jego pracy doczekały się wkrótce należytej i zasłużonej oceny. Sokołowski, oceniając znaczenie tego przełomowego dzieła Dietla, powiada, że „zawdzięczając niezwykle krytycznemu i spostrzegawczemu umysłowi naszego klinicysty krakowskiego Dietla, ustała krwawa orgja, której fanatyczni zwolennicy doprowadzali chorych do ostatnich granic bezkrwistości".

Bliższe i dokładniejsze zapoznanie się z pracą Dietla o upuście krwi w zapaleniach płuc, mimo, że pokrył ją już pył dziesiątków lat, przedstawia jeszcze dzisiaj dużą korzyść dla każdego lekarza i stanowi „obfite źródło nauki". Dietl w pracy swej opiera się na paroletniem doświadczeniu klinicznem, którego materjał stanowiło 189 chorych na zapalenie płuc nieleczonych upustem, 85 chorych leczonych upustem i 106 chorych leczonych winnikiem wymiotnym; zastanawia się nad wpływem upustu krwi na poszczególne objawy zapalenia płuc, jak duszność, kaszel i t. d.; rozważa znaczenie upustu z punktu widzenia anatomji patologicznej i fizjologji, przedstawia wpływ upustu na powikłania, występujące w zapaleniu płuc, i na przyczynę śmierci, i na podstawie tego wszystkiego oświadcza się przeciwko upustowi krwi.

Rozbierając najpierw wpływ upustu na poszczególne objawy zapalenia płuc, zauważa Dietl, że upust krwi może wpłynąć na okres zapowiedni choroby, który charakteryzuje się gorączką i dusznością, a nie przedstawia jeszcze zmian fizykalnych w płucach. Upust krwi nieraz skraca ten okres zapalenia płuc „w ten sposób, że gorączka i bezdech znikają i chory pozornie czuje się dobrze, chociaż w istocie daleko mu jeszcze do zdrowia". Później wyjaśnia autor, w czem leży przyczyna dobroczynnego działania upustu na okres zapowiedni.

Bezsprzecznie najwięcej stałym i najprzykrzejszym objawem zapalenia płuc jest duszność. Przed Dietlem tłumaczono duszność w zapaleniu płuc przepełnieniem krwią naczyń płucnych. Powyższe twierdzenie zbija Dietl, opierając się na tej zasadzie, że przekrwienie naczyń płucnych w zapaleniu płuc obejmuje tylko

---

*) Przedruk z Księgi pamiątkowej wydanej ku czci Józefa Dietla.

część płuca, a powstała stąd przeszkoda mechaniczna nie jest w stanie wytłumaczyć tak silnej duszności, jaką widzimy często w zapaleniu płuc, a następnie, że istnieje niestosunek między wielkością zajętego płuca, a nasileniem duszności; w ten sposób, dzięki dokładnej analizie duszności, występującej w zapaleniu płuc, przychodzi Dietl do wniosku, że duszność ta nie jest wywołana przekrwieniem płuc. Również „zatkanie pęcherzyków przez złożone tamże wypociny" nie jest przyczyną bezdechu, za czem przemawia to, że w okresie zwątrobienia, kiedy zajęta część płuc jest zupełnie bezpowietrzna, duszność zmniejsza się.

Duszność w zapaleniu płuc powstaje wskutek zmian chemicznych we krwi. Obecność we krwi bezwodnika węglowego jest czynnikiem wpływającym poprzez ośrodki nerwowe na oddychanie. Odgrywają tu rolę też ruchy serca i klatki piersiowej, które wpływają na krążenie, jak również sprężystość naczyń włosowatych, pojemność płuc, które oddziaływują odpowiednio na wymianę gazów. Najważniejszym jednak czynnikiem, przyczyniającym się według Dietla do powstania duszności jest „mieszanina krwi", pod czem rozumie on przedewszystkiem stosunek tlenu do bezwodnika węglowego we krwi.

Następnie zastanawia się Dietl nad tem, w jakim pozostaje stosunku zmiana chemiczna krwi do czerwonych ciałek krwi, i dochodzi do wniosku, że „przybytek ciałek krwi przy równym stosunku reszty części składowych (krwi) wymianę gazów ułatwia i przyspiesza, ubytek zaś takową utrudnia i tamuje, skąd powstaje bezdech".

W zapaleniu płuc wytwarza się nadmiar włóknika i zmniejsza się ilość ciałek czerwonych krwi. „Wskutek zbytecznego wytwarzania włókniny krew traci dużo tlenu, a wskutek ubytku ciałek krwi mniej tlenu przybywa do krwi". A zatem w zapaleniu płuc powstają takie warunki, które utrudniają wydalanie bezwodnika węglowego ze krwi i które przeszkadzają należytemu wchłanianiu tlenu z powietrza.

Główna jednakowoż przyczyna duszności w zapaleniu płuc tkwi w „zakażeniu właściwem, zapalenie płuc powodującem"; wszystkie inne, wymienione wyżej czynniki pośrednio jedynie mają wpływać na duszność. I tak przyśpieszone oddychanie nietylko nie wpływa na lepszą wymianę gazów w pęcherzykach płucnych, ale wpływa nawet na nią ujemnie. Podobnie „silniejsze ruchy serca w zapaleniu płuc wcale się do szybszego krążenia w naczyniach włosowatych nie przyczyniają". Są one następstwem zakażenia, a częściowo mechanicznej przeszkody w krążeniu. Jednym z ważniejszych powodów duszności w zapaleniu płuc jest zmniejszenie sprężystości pęcherzyków płucnych, występującej w następstwie sprawy zapalnej, toczącej się w płucu. Podobnie ma się rzecz z naczyniami włosowatemi.

Duszność, która powoli występuje w zapaleniu płuc, ustępuje dość szybko z chwilą „ustania wypocin włóknistych w pęcherzyki płucne". Z ustaniem wypocin ustaje także zbyteczne tworzenie się włókniny i ciągłe ubywanie ciałek krwi. Tym sposobem z jednej strony mniej kwasorodu (tlenu) ze krwi odjętym bywa, a z drugiej strony, ponieważ ukwaszanie za pośrednictwem ciałek krwi się odbywa, więcej się go do krwi dostaje".

Upust krwi w zapaleniu płuc bardzo znacznie osłabia duszność chorego. Jest to niezaprzeczoną tej metody zaletą, którą przyznaje jej nawet Dietl. Ta zaleta sprawiła, że upust krwi doszedł do tak dużego znaczenia, iż go „przez tysiące lat za najdzielniejszy i najnieodzowniejszy środek w zapaleniu płuc poczytywano". Upust krwi nie znosi zakażenia w zapaleniu płuc i nie usuwa w ten sposób przyczyny duszności. Upust krwi wywołuje natomiast te same zmiany we krwi, jakie występują w zapaleniu płuc pod wpływem zakażenia, t. j. zmniejsza ilość ciałek czerwonych, a zwiększa ilość włóknika. W ten sposób zatem upust nie może zmniejszać duszności. Wpływa natomiast bezpośrednio na mechanizm krążenia, wywołuje przyspieszenie prądu krwi, dzięki czemu przychodzi do łatwiejszej wymiany gazów w pęcherzykach płucnych i do chwilowego zmniejszenia duszności.

Na tem miejscu należy już podkreślić, że Dietl, chociaż występował przeciw upustowi krwi w zapaleniach płuc, okazał się jednak wysoce objektywnym badaczem, skoro mu przypisywał pewne znaczenie przez wpływ na mechanizm krążenia; w dzisiejszych bowiem czasach tylko w tych właśnie przypadkach, w których staramy się poprawić stan krążenia, stosujemy upust w zapaleniu płuc.

Mimo jednak, że upust krwi tak kojąco wpływa na duszność, to przecież Dietl nie radzi go stosować. Wprawdzie w zapaleniach nieleczonych upustem duszność jest ciągła, ale trwa tylko 5—7 dni, poczem prawie nagle ustępuje. W zapaleniach zaś leczonych upustem po chwilowej uldze spowodowanej upustem, duszność wraca z powrotem, a następnie nie ustępuje tak nagle z ukończeniem wypocin, lecz przeciąga się poza okres tychże i „to tem pewniej, im więcej z chorego krwi wytoczono". Okoliczność tę tłumaczy Dietl niedokrewnością wynikłą z upustu, wskutek czego przychodzi do gorszego odżywienia układu nerwowego centralnego.

Dalej rozważa Dietl wpływ upustu krwi na ciepło i przeciew krwi. Zwyczajnie w zapaleniu płuc chorzy nie pocą się za wyjątkiem słabych i bezkrwistych osób, których skóra już w okresie wypocin pokrywa się lekkim potem. Natomiast w zapaleniach płuc leczonych upustem krwi nieraz już po pierwszym upuście występuje obfite pocenie się; po kilkakrotnych zaś upustach pojawiają się bardzo silne poty, osłabiające chorego, które trwają nieraz aż do okresu zdrowienia. Dietl uważa silne poty występujące po upustach krwi za zły znak prognostyczny i nie przypisuje im żadnego znaczenia przesilnego. Obfite poty występujące w zapaleniach płuc leczonych upustami są według niego następstwem „bezsilności naczyń włosowatych", jako też rozwodnienia krwi. Poty w zapaleniu płuc nie przyczyniają się do wyleczenia zapalenia płuc, a przypadki zapalenia płuc przebiegające bez potów kończą się najpomyślniej.

Upust krwi wpływa na tętno. Częstość tętna dochodzi w zapaleniu płuc do 140—160 uderzeń na minutę: w miarę zwiększania się procesu zapalnego tętno się przyśpiesza. Im chory jest silniejszym, tem tętno jest bardziej umiarkowane. Po ukończeniu wypocin tętno wraca w parę godzin do normy. Jako główną przyczynę przyspieszenia tętna, należy przyjąć czynnik zakaźny, wywołujący zapalenie płuc; pozatem mogą odgrywać tu rolę zaburzenia krążenia, zawisłe od warunków mechanicznych, jako też od układu nerwowego. Przyspieszenie czynności serca nie zależy natomiast od przekrwienia płuc, ani też od zmniejszonej ilości krwi.

W zapaleniach płuc, leczonych upustami krwi, częstość tętna zmniejsza się, zwłaszcza u osób silnych i to szczególnie po upuście pierwszym. Owo zwolnienie tętna należy tłumaczyć podobnie, jak zmniejszenie się duszności po upuście. Przyspieszony prąd krwi ułatwia utlenianie, przez co wpływa dodatnio na odżywianie ośrodków nerwowych, od których zależy czynność serca i zwolnienie tętna. Upust krwi działa bezpośrednio mechanicznie, przyspieszając prąd krwi, w skutkach swych posiada jednak działanie chemiczne, gdyż ułatwia wymianę gazów.

Upust krwi niezawsze wpływa jednakowo na częstość tętna i działanie jego jest nieraz przemijające. U chorych niedokrewnych upust krwi przyspiesza tętno, ze względu na brak odpowiedniej ilości krwinek czerwonych potrzebnych do odżywiania układu nerwowego. Stąd też nie należy upustu powtarzać, jeśli po pierwszym upuście przyszło do przyśpieszenia tętna. Podobnie jednak u osób nie cierpiących na niedokrewność częste upusty krwi wywołują przyspieszenie tętna. „Upust krwi nigdy tego nie dokaże, ażeby zepsutą mieszaninę krwi naprawił i sprawę wypacania przełamać zdołał. Wypacanie postępuje dalej, a tętno powraca znów do swojej poprzedniej prędkości i zwykle jeszcze prędszym się staje".

W zapaleniach płuc nie leczonych upustem przyspieszenie tętna po ukończeniu sprawy zapalnej w kilka godzin wraca do normy. Rzadziej to się dzieje w zapaleniach płuc leczonych upustem; przyczyną tego jest niedokrewność.

Podobnie, jak z tętnem, ma się rzecz z uderzeniami serca. W zapaleniach płuc nie leczonych upustami tętno jest małe i próżne, t. j. wydaje się, jakoby tętnica nie była wypełnioną krwią; należy ono do tętna prawidłowego, w rokowaniu pomyślnego. W cięższych przypadkach jednak zapaleń i u osób niedokrewnych tętno staje się wielkie i dwubitne; takie tętno ma znaczenie rokownicze niepomyślne. W zapaleniach leczonych upustem tętno staje się większem, pełniejszem i wolniejszem, dwubitnem; takie tętno oznacza wodnistość krwi i bezsilność (niedomogę) serca.

Upust krwi wpływa niekorzystnie na pragnienie w zapaleniu płuc. U osób nie leczonych upustem pragnienie, chociaż wielkie, jest mniejszem, niż u osób leczonych upustem; z chwilą spadku gorączki ustępuje pragnienie, podczas gdy po upustach krwi przeciąga się jeszcze w okres zdrowienia.

Ujemnie również działa upust krwi na przypadłości nerwowe, występujące w zapaleniu płuc takie, jak majaczenia, osłabienie, odrętwienie (stupor). Także skóra, która w zapaleniach płuc jest nieco żółtawa (niezależnie od żółtaczkowego zabarwienia skóry w t. zw. zapaleniach żółciowych), w przypadkach leczonych upustem nabiera częściej i więcej żółtawego koloru.

Niekorzystnie wpływa upust krwi na fizjognomję chorego, jako też na łaknienie. Chorzy leczeni upustem późno odzyskują łaknienie, przez co wolniej przychodzą do siebie, niż chorzy nie leczeni upustem, u których po ukończeniu wypocin przeważnie zaraz zjawia się apetyt.

Dalej omawia Dietl wpływ upustu krwi na kaszel i plwocinę. W każdem prawie zapaleniu płuc pojawia się kaszel, lecz nie stoi on w związku z gwałtownością zapalenia, nieraz bowiem ciężkie zapalenie płuc przebiega z lekkim kaszlem i. naodwrót, lekkie zapalenie z ciężkim kaszlem. Należy odróżnić kaszel „płucny" (ka-

szel, który powstaje z powodu zmian zapalnych w pęcherzykach płucnych) od kaszlu zależnego od nieżytu w oskrzelach, który towarzyszy zapaleniu płuc. Zmiany zapalne pęcherzyków mało pobudzają do kaszlu. Główną przyczyną kaszlu są zmiany w oskrzelach. Upust krwi uśmierza kaszel; niejednokrotnie bowiem po pierwszym upuście krwi kaszel ustępuje, a to wtedy, gdy się ma do czynienia z miejscowym nawałem krwi. Upust krwi wpływa nieraz dodatnio na zapalenie płuc, przebiegające z nieżytem oskrzeli, w ten sposób, że zmniejszając „ogólną masę krwi, zmniejsza i przypływ tejże do naczyń włosowatych oskrzeli, przez co wydzieliny i obrzmienie błony śluzowej pomniejszają się i choremu tym sposobem bezdech i kaszel łagodnieje".

Upust krwi przyczynia się do zwiększenia ilości plwociny w zapaleniu płuc. Wynika to jasno z porównania plwocin z zapaleń leczonych upustem i zapaleń nie leczonych upustem. Według Dietla te zapalenia płuc, które przebiegają z małą ilością plwocin, są bezsprzecznie lżejsze, niż zapalenia z dużą ilością plwocin. Obfitsze plwociny w zapaleniach leczonych upustami należy przypisać temu, że „przez upust naczynia włosate wątleją i rozszerzają się i tym sposobem mechanicznie wydzielanie ułatwia się, a wsysanie utrudnia". Upust krwi wpływa nietylko na ilość plwocin, lecz także na jakość tychże. W zapaleniach płuc nie leczonych upustem plwociny pierwszego okresu składają się z płynnej cisowej lub jasno czerwonej wydzieliny pęcherzyków płucnych i oskrzeli, w drugim okresie z ciągnących się kleistych wydzielin, w trzecim okresie z gęstych ropiastych wydzielin; nieraz zdarzają się płynne czerwone plwociny występujące w gwałtownych zapaleniach; po spadku ciepłoty pojawiają się wraz z krótkim kaszlem dość duże ilości płynnych kroplistych ciągnących się w nitki plwocin nieco pienistych.

W zapaleniach płuc leczonych upustem plwociny czerwone żółcieją, a następnie plwociny drugiego okresu zmieniają swą barwę na szaro-czerwoną, stają się przytem gumiaste, galaretowate. Najważniejszą jednak zmianą plwocin jest to, że z krwistej i ciągnącej się plwociny, powstaje spływająca, żółto-biała, pulchna, tak zwana „sputa cocta" starych lekarzy. Upust krwi przyczynia się zatem do powstania plwocin ropiastych („sputa cocta"), które gorzej się wchłaniają, niż plwociny w zapaleniach płuc pozostawionych samym sobie. Dietl nie zgadza się z zapatrywaniami starych lekarzy, którzy plwociny ropiaste tak często występujące w zapaleniach płuc leczonych upustami uważali za „wydzieliny przesilne". Zawierają one „rozpadniętą proteinę", przez co stanowią stratę dla chorego, jako, że niebędąc wessane wydzielają się na zewnątrz, nie dostają się z powrotem do krwiobiegu i nie mogą służyć do odżywiania ustroju. Jeśli nieraz zdarza się, że chorzy leczeni upustami nie odpluwają plwocin ropiastych, to dotyczy to chorych, z natury silnych, u których upust krwi był umiarkowany i więcej szkody nie wyrządził.

Upust krwi w zapaleniu płuc wywołuje chudnienie i osłabienie. Chory na zapalenie płuc chudnie, ponieważ traci część materjału twórczego przez wypociny zapalne. Chory zaś leczony upustem ponosi zatem jeszcze i tę stratę, jaką mu się sprawia przez upuszczenie krwi. Przez upust traci chory upuszczoną krew, a także i tę część wypocin, które niemogą się wchłonąć po przemianie na plwociny ropiaste. Podobnie ma się sprawa z osłabieniem. Chorzy leczeni upustem krwi nabawiają się znacznego osłabienia fizycznego, a także i osłabienia pamięci. Upust krwi wpływa też ujemnie na okres zdrowienia, który wybitnie się przedłuża, jak to wynika z przedstawionych przez autora tablic.

Upust krwi wywiera też swój wpływ na fizjologiczne przemiany zapalno-płucnych wypocin. Zapalenie płuc jest ostrą sprawą chorobową, w której należy wyróżnić 2 okresy: okres tworzenia i odtwarzania wypocin. Dietl stara się dać odpowiedź, jak upust krwi wpływa na oba te okresy. Przedewszystkiem, czy upust krwi jest w stanie przeszkodzić tworzeniu się wypocin w zapaleniu płuc, a tem samem przerwać zapalenie płuc już w okresie nawału? Niełatwą jest odpowiedź w tym względzie, gdyż mało chorych zgłasza się w tym okresie zapalenia płuc.

Należy rozróżnić między zastoiną prostą i zastoiną zapalną, należącą do zapalenia płuc. W obydwu tych zastoinach stwierdza się anatomicznie te same stosunki: podobnie przedstawiają się objawy kliniczne; znajdziemy więc w pierwszym i w drugim wypadku odgłos wypukowy niezmieniony albo bębenkowy, albo tępy, przysłuchowo zaś albo oddech pęcherzykowy, albo nieoznaczony, albo lekko oskrzelowy, rzężenia. Rozróżnienie zastoiny prostej od zapalnej może nastąpić jedynie na podstawie badania plwociny, która w zastoinach zapalnych jest więcej lepka, ciągnąca się, z domieszką krwi. Rozróżniając w ten sposób zastoinę zapalną od prostej, doszedł Dietl do przekonania, że zastoiny pojedyncze, towarzyszące nieraz ostrym zapaleniem oskrzeli, chorobom gorączkowym, da się usunąć upustem krwi, przyczem kaszel, plwocina i duszność szybko znikają. Natomiast w nawałach przy zapaleniach płuc bardzo rzadko Dietl widział skutek powyższy po upuście krwi. W tych przypadkach znikały wprawdzie nieraz duszność, kaszel i plwociny, jednak zmiany, wykryte badaniem fizykalnem, pozostawały niezmienione i zapalenie płuc przechodziło w następny swój okres. Tak więc nigdy nie udało się Dietlowi przeszkodzić przejściu okresu nawału w okres zwątrobienia przez zastosowanie upustu.

Przedstawione zapatrywanie Dietla wypływa z jego doświadczenia klinicznego; rozważania teoretyczne doprowadzają do takich samych wniosków. Zapalenie płuc posiada duże podobieństwo z ostremi sprawami wysypkowemi, jak np. ospa, które potrzebują pewnego określonego czasu na to, by swój twór zapalny złożyć na błonie śluzowej płuc (zapalenie płuc), czy też na skórze (ospa). A jednak nikt nie stosuje upustu krwi w tych chorobach gorączkowych. Twierdzenie, że przez upust krwi odciąga się krew z zajętego płuca, a przez to pozbawia się wypociny zapalne potrzebnego materjału, a więc zmniejsza się także ilość tworzących się wypocin, jest fałszywe. Przez najobfitszy nawet upust nie można znieść przekrwienia płuc. Upustem można jedynie tę zastoinę usunąć, która nie jest podtrzymywaną przez stałą jakąś przyczynę i która polega tylko na porażeniu naczyń; w zapaleniu płuc zastoina jest zależną od utrzymującego się zakażenia. Występująca po upuście krwi regulacja wyrównuje ilość krwi tak, że w płucu zapalnie zmienionem z powrotem znajduje się ta sama ilość krwi, jaka była w niem przed upustem, a jedynie jakość krwi się zmienia.

Przed wprowadzeniem badania fizycznego płuc zdarzało się nieraz, iż wydawało się, jakoby jednym lub dwukrotnym upustem krwi można było wstrzymać zapalenie płuc w okresie zastoin. Jednakowoż przypadki te należy raczej w ten sposób tłumaczyć, że okres nawału przechodził szybko w okres zwątrobienia, czego w tym czasie nie dało się wybadać. Ulgę zaś, jaka w tych razach występowała po upuście, a którą przypisywano ustąpieniu nawału, należy zaliczyć na karb zwątrobienia.

Następnie zastanawia się Dietl nad tem, czy upust krwi przyspiesza zwątrobienie. Przez upust ilość ciałek krwi ulega zmniejszeniu, włóknik zaś pomnaża się. Upust krwi sprawia zatem to samo, co zapalenie płuc, w którem też przychodzi do pomnożenia włóknika. Twierdzenie zaś, że obfity upust krwi, prowadzący aż do omdlenia, łamie sprawę zapalną przez przytłumianie siły żywotnej, jest według Dietla pustym frazesem. Z doświadczeń autora wynika, że upust krwi sprzyja szybkiemu zwątrobieniu, z którego wystąpieniem wybitnie zmniejszają się objawy podmiotowe zapalenia, jak duszność, kaszel, że zatem upust przyśpiesza raczej sprawę zapalną, a nie skraca.

Upust krwi nie przerywa sprawy zapalnej, co przyznają nawet najgorliwsi zwolennicy upustu, gdyż mimo kilkakrotnych upustów zapalenie płuc przebywa swój okres 7—9 dni. Upust krwi zwiększa rozszerzanie się zwątrobienia i sprzyja szerzeniu się tegoż z jednego płuca na drugie.

Co się tyczy wpływu upustu krwi na wchłanianie wypocin, to w przypadkach nieleczonych upustem wchłanianie wypocin następowało szybciej, niż w przypadkach leczonych upustem. Szybkie wchłanianie występowało bez względu na sposób leczenia, jednak u chorych leczonych kilkakrotnemi upustami, resorbcja następowała powolniej; oznaką powolnego wchłaniania była plwocina ropiasta (sputa cocta). Z przytoczonych tablic Dietla wynika, że znaczna liczba chorych, leczonych upustem, zmarła w okresie ropno-rozpływnego zwątrobienia, z czego wnosi Dietl, że upust krwi sprzyja przejściu czerwonego zwątrobienia w ropno-rozpływne. Upust krwi ma też przeszkadzać rozejściu się i wessaniu zwątrobienia. Powstrzymanie wchłaniania przez upust następuje prawdopodobnie przez wyczerpanie sił organizmu.

Dietl omawia dalej wpływ upustu krwi na dalsze przemiany zapalno-płucnych wypocin: ropnia, stwardnienia, zgorzeliny, gruźlicy. Sprzeciwia się twierdzeniu, jakoby zaniechanie upustu krwi miało sprzyjać powstaniu zropienia miąższu. Przeciwnie, z podania starych lekarzy, którzy często puszczali krew, możnaby sądzić, że ropień płuc, sprawa zresztą rzadka w zapaleniu płuc, trafia się częściej w zapaleniach leczonych upustem.

Podobnie nie zgadza się Dietl z zapatrywaniem, jakoby w zapaleniach nieleczonych upustem częściej miało przychodzić do stwardnienia, gdyż z jego obserwacyj klinicznych wynika coś wręcz przeciwnego. Nieuzasadnioną jest również obawa, że zaniechanie upustu krwi w zapaleniu płuc sprzyja przejściu zapalenia płuc w zgorzelinę, gdyż upust krwi wcale nie wstrzymuje sprawy zapalnej. Zwalcza wreszcie poglądy starych lekarzy, według których, w zapaleniach płuc nie leczonych upustami ma częściej przychodzić do tworzenia się gruzełków w płucach. Według Dietla ani jeden ani drugi sposób leczenia zapalenia płuc nie wpływa na powstawanie gruźlicy, gdyż gruźlicę płuc spotyka się zarówno przy leczeniu dietetycznem, jak i przy leczeniu upustem.

Następnie podaje autor, wykaz różnych powikłań zapalenia płuc, leczonych różnemi sposobami. Z przeglądu tego wynika, że w zapaleniach płuc leczonych upustem bardzo często przychodzi do powikłań takich, jak zapalenie opon mózgowych, osierdzia i t. p. Upust krwi zdaje się również sprzyjać powstaniu ostrej puchliny i nieżytów oskrzeli. W wypadkach leczonych dietetycznie autor nie widział tak częstych powikłań.

Autor przytacza dane statystyczne, które wykazują, że w zapaleniach płuc leczonych dietetycznie nie miał ani jednego wypadku śmierci wskutek zapalenia płuc; chorzy ci umierali skutkiem powikłań z przewlekłemi sprawami chorobowemi jak czerwonka, ubytek schyłkowy i t. p. Natomiast w przypadkach leczonych upustem krwi na 17 zmarłych było 7 zejść śmiertelnych z powodu zapalenia płuc, reszta zaś z powodu powikłań. Autor stwierdza, że upust krwi „sprzyja rozszerzeniu się zwątrobienia na znaczną część płuc, tworzeniu się ostrych wypocinowych spraw, szczególniej zapalenia osierdzia i błon mózgowych, ropno-rozpływnemu zwątrobieniu i skrzepom w jamach serca i wielkich naczyń". Upust krwi działa szkodliwie przez wyczerpanie sił, zmniejszenie się ilości krwi i „zwiększenie choroby krwi, już i tak sprowadzonej przez sprawę zapalno-płucną".

Wpływ upustu krwi na stosunek śmiertelności przedstawia się w ten sposób, że upust krwi zwiększa śmiertelność w zapaleniu płuc. Z zestawienia autora wynika, że na 380 przypadków zapalenia płuc, leczonych od 1842—1846 r. upustem i bez upustu śmiertelność wynosiła 20,4% w przypadkach z upustem, a ledwo 7,4% w przypadkach leczonych dietetycznie. Wprawdzie dodaje autor, że „skutek leczenia nie jest bezwarunkową miarą jego działalności", gdyż przy każdym sposobie leczenia ludzie mogą przychodzić do zdrowia, jednak porównanie śmiertelności w przypadkach leczonych upustem krwi ze śmiertelnością przypadków nieleczonych upustem, a następnie rozbiór krytyczny przedstawionych w pracy faktów wykazuje wyższość leczenia zapaleń płuc metodą dietetyczną od metody upustu krwi.

W końcu przechodzi Dietl do wskazań do upustu krwi. Na podstawie swego doświadczenia wyraża Dietl przekonanie, że „upust krwi w zapaleniu płuc nigdy nie jest potrzebny. Upust nie może zapalno-płucnej sprawy przytłumić lub odwrócić, nie może ograniczyć zwątrobienia, nie może podniecić wsysania wypocin, (chyba wyjątkowo), ani też wyzdrowienia przyśpieszać. Przeciwnie, upust działa szkodliwie pod niejednym względem, jak o tem była wyżej mowa. Dietl nie zaprzecza, że upust może zapewnić pojedyńcze korzyści choremu, jak ulgę w kaszlu, w duszności, jak również, że nieraz też upust przyśpiesza „złożenie zapalno-płucnej sprawy", a więc przebieg tejże skraca. Jednakowoż pomyślne skutki upustu nie przewyższają niekorzystnych, jakie upust za sobą pociąga. Chcąc sprawić choremu chwilową ulgę upustem, często wystawia się go na niebezpieczeństwo. Z tego też powodu radzi ostatecznie Dietl, by upust krwi jak najwięcej ograniczyć lub całkiem go zaniechać. Upust krwi należy uważać za środek objawowy w leczeniu zapalenia płuc, nie zaś za lek przyczynowy. Dietl oświadcza się bezwzględnie za dietetycznem leczeniem zapalenia płuc, w wynikach daleko korzystniejszem, jak o tem poucza doświadczenie kliniczne.

Tak się przedstawiają poglądy Dietla na znaczenie upustu krwi w zapaleniu płuc, które znakomity ten lekarz wypowiedział w połowie ubiegłego wieku. Zapatrywania Dietla wywołały prawdziwą rewolucję w ówczesnym świecie lekarskim: z jednej strony sprowadziły rewizję dotychczasowych pojęć o znaczeniu leczniczem upustu krwi w zapaleniu płuc, z drugiej, jak to wspomniano już na początku nie brakło krytyków, którzy wystąpili przeciw nowym poglądom. Czas i doświadczenie innych lekarzy, którzy idąc za wskazówkami Dietla, zaprzestali stosowania upustu krwi, rozstrzygnęły spór na korzyść zapatrywań Dietla. Zachowawczy sposób leczenia przyjął się powoli powszechnie, a wielowiekowy przesąd, który na początku XIX stulecia doprowadził do prawdziwego „wampiryzmu" w medycynie, został na zawsze usunięty.

Dzisiaj już nikt nie rozpoczyna leczenia zapalenia płuc od upustu krwi, nikt już nie skrwawia chorego tak silnie. Wprawdzie od czasu do czasu odzywają sę jeszcze pojedyńcze głosy, jak n. p. przed kilku laty Bingla, przemawiające za stosowaniem upustu krwi w zapaleniu płuc, jednak poglądy takie obecnie są zupełnie odosobnione i większość klinicystów odrzuca je rychło skoro tylko się pojawią. Upustowi krwi w zapaleniu płuc nie przypisuje się już od czasów Dietla znaczenia specyficznego.

Obecnie używa się upustu krwi w zapaleniu płuc tylko wtedy, gdy występuje niedomoga serca znaczniejszego stopnia. Postępowanie takie przyjęte jest ogólnie. Gdy na trwającą niedomogę serca (wzmagająca się sinica i duszność, drobne i przyspieszone tętno, rozszerzenie komory prawej, osłabienie drugiego tonu nad tętnicą płucną), nie udaje się wpłynąć ani środkami nasercowemi z grupy naparstnicy, ani też lekami pobudzającemi czynność narządu krążenia, jak kofeina, strychnina, kamfora i t. p., i kiedy zaczyna przychodzić do obrzęku płuc (rzężenia drobnobańkowe, powiększenie granic stłumienia serca), wtedy jedynym środkiem, który jeszcze może uratować życie chorego, jest upust krwi. Upust krwi, jaki wówczas stosujemy, wynosi około 300 cm. sześć. krwi, przyczem należy zaznaczyć, iż upust winien być uskutecznony szybko, najlepiej jako venaesectio. Wiele przyczyn składa się na korzystny wynik zastosowanego w tym razie upustu. Otóż w obrzęku płuc, występującym w przebiegu zapalenia płuc, przychodzi do zastoju żylnego i do wzmożenia ciśnienia żylnego, wskutek czego odpływ krwi z naczyń włosowatych jest utrudniony. Według Gerhardta przychodzi wówczas do osłabienia i rozszerzenia serca, które rozciąga się jeszcze więcej wskutek tego, że w rozkurczu krew z układu żylnego, będącego w zastoju, obficie dopływa, co wybitnie osłabia pracę serca. Jeśli zaś upuścimy chorema pewną ilość krwi, którą bierzemy przedewszystkiem z układu żylnego, to przez to zmniejszamy dopływ krwi do serca, dzięki czemu zmniejsza się rozciąganie serca, a serce, mogąc lepiej się kurczyć, korzystniej pracuje. Upust krwi jest również w stanie zmniejszyć ciśnienie żylne o 60—80 mm słupa wody.

Wskutek upustu przychodzi jednak nietylko do odciążenia serca prawego, a więc krążenia małego; upust wpływa również dodatnio na serce lewe, obniżając ciśnienie tętnicze. Według zaś v. den Veldena upust krwi wpływa także na pobudzanie prądu cieczy tkankowej, wymianę substancyj w niej zawartych, na przepuszczalność komórkową, na polepszenie lepkości, dzięki czemu łatwiejszym się staje przepływ przez naczynia włosowate.

Niektórzy jeszcze autorowie (Pecz, Biegański i in.) zalecają upust krwi także i w pierwszych dniach choroby w przypadkach, które wykazują tendencję do osłabienia mięśnia sercowego, inni autorowie jednak, do których należy przedewszystkiem Sokołowski, nie pochwalają takiego postępowania. Sokołowski stosuje upust krwi w pierwszych dniach choroby tylko wyjątkowo u osób pełnokrwistych, przyczem, jak sam podaje, skutek bywa krótkotrwały. Podobnie zapatruje się na tę sprawę Pisek i in.

Upust krwi ostał się zatem jedynie przy takiem powikłaniu zapalenia płuc, jakie mamy w obrzęku płuc. Odstąpiono więc z czasem od surowego stanowiska Dietla, który upusty krwi w zapaleniu płuc zupełnie odrzucał, wyjątek ten jednak w niczem nie obala zasadniczej całkiem trafnej myśli Dietla, że upust krwi nie leczy zapalenia płuc przyczynowo. A nawet, jak już wspomniano, nie uszło bystrej uwagi Dietla przyjęte dzisiaj spostrzeżenie, że upust krwi poprawia krążenie, gdyż już Dietl zauważył, że w przypadkach z dużą dusznością upust krwi ją zmniejsza, wpływając dodatnio na krążenie. Dietl nie wyciągnął jedynie ostatecznych wniosków z tego spostrzeżenia, by polecić stosowanie upustu właśnie w tych wypadkach; nie może to nawet dziwić, jeśli się zważy, że robienie jakichkolwiek ustępstw na rzecz upustu w zapaleniu płuc w tym czasie silnie osłabiłoby stanowisko Dietla, zwalczającego upust wogóle.

Dowody, których używa Dietl w swej pracy dla usunięcia upustu krwi, jako metody leczenia zapalenia płuc, posiadają znaczenie nietylko historyczne, lecz pozostają i w dalszym ciągu aktualne i żywotne wobec tu i ówdzie pojawiających się poglądów o rzekomo skutecznem działaniu leczniczem upustu w tej chorobie. Praca Dietla wykazała jasno i przekonywująco, że upust krwi nie leczy przyczynowo zapalenia płuc więc stosowanie go wszędzie, jak to czynili starzy lekarze, jest niepotrzebne, a nawet może być szkodliwe. Dowodząc tego, Dietl opierał się głównie na swem doświadczeniu klinicznem; nie rozporządzał bowiem wówczas znajomością mechanizmu i skutków działania upustu, które dopiero w ostatnich czasach zostały dokładniej poznane. Należałoby zatem zastanowić się, czy na podstawie dzisiejszych wiadomości o upuście krwi zapatrywanie Dietla jest nadal słusznem.

Powszechnie jest wiadomem, że po upuście krwi powstają wybitne zmiany we krwi. Według Veila, po upuście około 300 cm krwi, ilość białka w surowicy krwi zmniejsza się przeciętnie o 1%, skutkiem rozcieńczenia krwi przez wpływającą ciecz tkankową. Ilość czerwonych ciałek krwi i hemoglobiny zmniejsza się, lecz nie bezpośrednio po upuście, lecz w parę godzin później; odgrywa tu rolę nietylko utrata krwinek wywołana samym upustem, lecz również wpływanie cieczy tkankowej do krwi. Wskutek czynności regeneracyjnej szpiku kostnego przychodzi już w pierwszych dniach po upuście do uzupełnienia utraconej krwi (krwinek czerwonych). Być może, że w odnowie utraconych ciałek krwi czerwonych bierze też udział wątroba (Lamson) i śledziona (Barcroft) przy pomocy swoich składów (depôts) ciałek czerwonych. Po nieznacznem zmniejszeniu się ilości ciałek białych krwi po upuście zjawia się leukocytoza, co do której niewiadomo, jak mówi Bürger, czy jest następstwem wybitniejszej regeneracji, czy też zmian

jakie występują po upuście w napięciu naczyń. Po większym upuście krwi występuje trombocytoza.

We krwi ulegają zmianie po upuście nietylko elementy morfologiczne, ale też i składniki chemiczne. Jak już nadmieniono, po upuście występuje pewne rozwodnienie krwi (hydraemia), na którą zwrócił już uwagę C. v. Schmidt; dzieje się to dzięki temu, że po upuście krwi woda i sole wpływają z tkanek do krwiobiegu. Chlorek sodu i cukier we krwi wzmagają się ilościowo. Ciecz tkankowa, która wpływa po upuście do krwiobiegu, jest izotoniczna z krwią; wahania punktu marznięcia nie przekraczają 0,02° C.

Czynniki, które doprowadzają do uzupełnienia krwi po upuście, nie są jeszcze dokładnie znane. Początkowo stwierdza się po upuście jedynie zmniejszenie ilości krwi, lecz nie znajdujemy jeszcze zmian fizyczno-chemicznych. Zmiany te dopiero później występują i prowadzą do powrotu krwi do stanu poprzedniego; dzieje się to albo z powodu zmienionego napięcia naczyń, albo dzięki zmienionemu zaopatrywaniu się w tlen, albo też zmiany zależą od wahań w ciśnieniu osmotycznem filtracyjnem i t. d.

Następstwem większego upustu krwi jest zwężenie koryta naczyniowego, dotyczące głównie obrębu naczyń włosowatych i powstające przez ich skurcz. Według Krogha istnieje hormon regulujący napięcie naczyń włosowatych; wrazie braku hormonu naczynia włosowate ulegają rozszerzeniu. Skurcz naczyń włosowatych, który występuje bezpośrednio po upuście, pociąga za sobą niedokrwienie tkanek, wskutek czego słabo ukrwione naczynia włosowate mają mniej hormonu tonizującego (Tonushormon). Następstwem tego zubożenia jest rozszerzenie naczyń włosowatych, dzięki zaś rozszerzeniu naczyń włosowatych ciecz tkankowa przechodzi do krwiobiegu.

W przechodzeniu cieczy do krwiobiegu po upuście krwi odgrywa rolę według Starlinga ciśnienie osmotyczne koloidów. Normalnie panuje w kapilarach równowaga między ciśnieniem koloidowo - osmotycznem krwi a ciśnieniem hydrostatycznem naczyń (ciśnieniem kapillarnem). Po upuście krwi zmniejsza się napięcie naczyń włosowatych w pewnych obwodach naczyniowych w sposób wyżej podany i następuje spadek ciśnienia kapilarnego. Jeśli zaś ciśnienie kapilarne krwi staje się niższem od ciśnienia w tkankach, to przychodzi do wchłaniania roztworów solnych, znajdujących się w tkankach. Następuje zatem wchłanianie cieczy z tkanek dla wyrównania ciśnienia osmotycznego.

Na upust krwi i jego znaczenie dla organizmu patrzą obecnie niektórzy autorowie pod szerokim kątem widzenia, wypowiadając zdanie, że upust krwi działa podobnie, jak proteinoterapja (Becher, Busen, Freund i in.). Freund stwierdził występowanie w krwiobiegu po upuście wyciągowych substancyj chemicznych, które posiadają własności bakterjobójcze, właściwości wpływania na serce i t. p. Stwierdzono również (Gutfeld) zmiany w zawartości komplementu surowicy, która początkowo po upuście zmiejsza się, a potem się zwiększa. Znanym jest również wpływ upustu na przemianę materji. Schlomowitz znajdywał u psów po większych upustach krwi mniejsze zużycie tlenu. Upust krwi wpływa na przemianę białkową, co znalazło swój wyraz w zastosowaniu upustu w stanach mocznicowych. Znany jest również fakt, że większy upust krwi wywołuje objawy podobne do wstrząsu. V. den Velden przypisuje znaczenie upustowi w niektórych stanach gorączkowych, tłumacząc że upust działa „przez usunięcie lub związanie albo przez chwilowe osłabienie substancyj, wywołujących gorączkę". Autor ten jednak nie sądzi, żeby tu następowało usunięcie zasadniczej części substancyj chemicznych wywołujących gorączkę. Odgrywa tu rolę jedynie: pobudzenie wymiany między krwią a tkankami, zmieniony rozdział krwi, wpływ na przepuszczalność komórkową, zmiany w koloidowym stanie krwi, wreszcie, wpływ na ośrodki wegetatywne, oraz ośrodek gorączki.

Z nowszych zatem badań wynika, że upust krwi wywiera duży wpływ na całokształt czynności organizmu, a nie działa tylko hemodynamicznie. Analogja zaś, jaką niektórzy autorowie widzą między upustem krwi, a proteinoterapją, zdaje się też przemawiać zatem, że upust krwi posiada, być może, znaczenie więcej ogólne, jak to właśnie przytoczone. W ten sposób w miarę zwrotu w medycynie od anatomji patologicznej i nauk morfologicznych do patologji humoralnej, z powrotem jak się zdaje zyskują na znaczeniu środki lecznicze, znane od dawien dawna i gruntowane na pojęciach humoralnych starej medycyny.

Nowoczesne poglądy na upust krwi w niczem jednak nie obalają zasadniczej myśli Dietla. Oczywiście, w szczegółach zmieniają one zapatrywania tego autora na te czy inne objawy chorobowe, wzajemny ich stosunek, zależność ich od upustu i t. p. Wynika to już chociażby z samego postępu medycyny; stąd też można spotkać w pracy Dietla wiele rzeczy, które z punktu widzenia obecnej nauki lekarskiej przedstawiają się inaczej. Są to jednak szczegóły, gdy tymczasem całość wcale nie uległa zachwianiu. Wpłynęła na to okoliczność, że Dietl nowy gmach swej nauki budował oparty na długoletniem doświadczeniu klinicznem, kierując się przytem dużym krytycyzmem, wypływającym z ducha ówczesnej epoki.

Jeśli nawet dzisiaj rozpoczyna sie w medycynie pewien zwrot i upustowi zaczyna się znowu przypisywać większe znaczenie, niż je miał do niedawna, to jednak w praktyce lekarskiej zwrot ten pozostał jak dotychczas bez echa. Podane wskazania do upustu w zapaleniu płuc obowiązują nadal i, mimo tu i ówdzie robionych prób, dzisiaj nie szafuje się upustem krwi w zapaleniu płuc w taki sposób, jak to czyniono przed Dietlem. Być może, — tego nawet należy się spodziewać, — przyszłe badania wyjaśnią jeszcze niejedną zagadkę działania upustu krwi i rozszerzą granice stosowania tegoż, jedno wszakże jest pewnem, że ludzkość nie wróci już do tych czasów, kiedy to wypuszczano krew ludziom ciężko chorym, w przekonaniu, że przez to uda się zwalczyć samą chorobę. Dietlowi zawdzięczamy, że w połowie XIX stulecia medycyna zaprzestała niepotrzebnie skrwawiać ludzi chorych, którym tylko wyrządzało się w ten sposób szkodę. Jakkolwiek nie zapadło jeszcze dotychczas ostatnie słowo co do wartości leczniczej upustu i chociaż z pewnością dużo czasu jeszcze upłynie, zanim powstaną zupełnie ścisłe naukowe podstawy dla zastosowania tej metody, to jednak jest faktem, że pozbyliśmy się przesady w stosowaniu tego środka w tak poważnej jednostce chorobowej, jaką jest zapalenie płuc.

I w tem leży największa zasługa Dietla. Negatywizm terapeutyczny tego lekarza wydał na tem polu piękne owoce. W obecnych już czasach posiadamy w pochodnych chininy lek działający skutecznie w zapaleniu płuc; za czasów jednak Dietla negatywizm terapeutyczny w zapaleniu płuc miał swoje pełne uzasadnienie i oparcie w ówczesnych poglądach naukowych. Zwalczając bezwzględnie upust krwi, Dietl wprawdzie słabo podkreślał, że upust może zadziałać korzystnie w pewnych powikłaniach zapalenia płuc, to jednak przez jasne i śmiałe postawienie w kwestji w czasie, kiedy wystąpienie przeciw upustowi krwi uważane było za nieuctwo, skierował leczenie zapalenia płuc na zupełnie inne tory.

Pozatem okazał nam Dietl w swej pracy o upuście krwi, jak należy praktyczne zagadnienia lekarskie naukowo ujmować, jak dużo znaczy dokładna obserwacja kliniczna, brak uprzedzeń, ścisłość i logika w myśleniu lekarskiem i t. d. Z pracy Dietla wynika, że wprowadzanie wniosków i stawianie nowych teoryj winno się odbywać w naukach przyrodniczych tylko na podstawie dużego materjału, po kilkoletniem doświadczeniu, i że nie należy być w tym względzie zbytnio pochopnym. Wreszcie z pracy o upuście wygląda prawdziwe oblicze Dietla, oblicze szlachetnego lekarza z powołania, którego troską jest dobro, a celem zdrowie chorych.

Tak więc dzieło Dietla łączy w sobie różne zalety, które stanowią dla nas piękny przykład. Jest dziełem wybitnie naukowem, ma niezmiernie ważne znaczenie praktyczno - lekarskie, posiada zalety dydaktyczne. Mimo swego starego wieku, z czem łączy się nie odpowiadające dzisiejszej wiedzy lekarskiej pojmowanie pewnych spraw fizjologiczno - patologicznych, stanowi ono dziś jeszcze wielce użyteczną lekturę dla każdego lekarza. Jeśli zaś tak jest mimo trzech ćwierci wieku, które upływają od czasu wydania pracy, to dzieje się to dlatego, że złote zgłoski dzieła Dietla zawierają niezniszczalne myśli wielkiego lekarza i uczonego.

Piśmiennictwo.

J. Dietl: Der Aderlass in den Lungenentzündungen Klinisch und physiologisch erörtert. 1849. — Pisek: Pamiętnik Jubil. Korczyńskiego. Kraków 1900. — Opolski: Lwowski Tyg. Lek. 1906. Kowenicki: Lwowski Tyg. Lek. 1906. — Sokołowski: Choroby płuc 1903. — Nonnenbrüch: Münch. Med. Wschr. 1925. Nr. 47. — Soxl: Fortschritte auf dem Gebiete d. inn. Med. 1926. Wolf: u. v. d. Velden: Hdbch. d. Therapie. 1926. — Lemierre et Bernard: Pr. Med. 1926. Nr. 45. — Bernard: Saignée. Paris 1925. — Bürger: Klin. Wschr. 1925. Nr. 26. — Rosenow: Deutsch. Med. Wschr. 1926. Nr. 40.

Stanisław OSTROWSKI. Lwów.

Niektóre objawy kliniczne pod wpływem jadów w zestawieniu ze stosunkami anatomo - fizjologicznemi układu wegetacyjnego.

Z m. oddziału chorób skór. i wen. Państw. Szpit. Powszech.
Prymarjusz Dr. Stanisław Ostrowski.

Dla oceny stanu układu wegetacyjnego względnie jego części niezbędną jest znajomość stosunków anatomicznych i fizjologicznych tego układu. Wyodrębnienie składowych jego części zawdzię-

czany w dużej mierze środkom farmakologicznym a to pilokarpinie, phizostygminie i muscarynie, dalej nikotynie, adrenalinie i wreszcie atropinie. Brak jednak dotąd ścisłych mierników oceny sprawności wspomnianego układu i oto przyczyna dlaczego wielu badaczy snuje nieraz odmienne wnioski na podstawie podobnych objawów. Można poniekąd wyrazić dość śmiałe przypuszczenie, że nie znajdzie się wielu, którzyby na podstawie takiego lub innego badania wydali zgodną a pewną opinję o stanie względnie napięciu układu wegetacyjnego u danego osobnika. Nie można tego uważać za szkodliwe. Przeciwnie, wychodzi to na pożytek poznawania mechanizmu działania tego układu. Zdaje mi się tedy, że nie od rzeczy będzie, jeżeli przytoczę szereg niejasności w tłumaczeniu objawów z punktu widzenia klinicysty.

Rozpatrując przypadki, oparte na dość obfitym materjale doszedłem do przekonania, że oddziaływanie na środki farmakologiczne, drażniące jeden z układów nie jest u wszystkich chorych jednakowe i że objawy w różnych narządach występują z różnem nasileniem i w różnym czasie. Początek odczynu po podskórnem wstrzyknięciu przypada przeciętnie na minutę drugą i to po pilokarpinie jak i po adrenalinie. Może to poniekąd służyć za dowód, że wessanie tych środków przez skórę, względnie działanie na hipotetyczną wstawkę nerwowo - mięśniową *(myo - neuralfunction)* lub na naczyniowe zakończenia nerwów współczulnych jest szybkie i że nie potrzeba stosować tych środków domięśniowo, jak to radzi G o e t s c h dla adrenaliny, a tem mniej śródżylnie.

Pozatem przekonałem się, że trwanie objawów jest rozmaite, zaś przeciętnie szybkość wystąpienia danego objawu w niektórych narządach odpowiada nasileniu odczynu. W nasileniu oddziaływania różnych chorych na wspomniane środki farmakologiczne znajdujemy także znaczne różnice. Tylko ślinianki i gruczoły potne oddziałują niemal stale u wszystkich chorych, aczkolwiek w rozmaitym stopniu, natomiast inne narządy oddziałują słabiej lub silniej, zależnie od reakcji u. współczulnego wzgl. parasympatycznego.

O k o jak każdy narząd ma włókna, należące do układu współczulnego i parasympatycznego. U. psymp. wywodzi się z śródmózgowia, skąd biegnie wzdłuż N. III, przechodzi *ganglion ciliare* i zaopatruje jedną gałązką mięsień rzęskowy, drugą — zwieracz źrenicy. Zwieracz drażniony powoduje zwężenie źrenicy — *myosis*, skurcz mięśnia rzęskowego wzmaga przystosowanie (akomodację) przez zaokrąglenie się soczewki. Włókna współczulne, wychodzące z *g. cervicale* powodują rozszerzenie źrenicy, zaopatrują mięsień oczodołu i wznosiciela powiek.

Włókna te drażnione powodują rozszerzenie źrenic — *mydriasis* oraz lekki wytrzeszcz gałki ocznej i rozszerzenie powiek. Zachowanie się dwu ostatnich mięśni i ich stosunków fizjologicznych wymaga jeszcze wyjaśnienia fizjologów.

Gruczoły łzowe zaopatruje gałązka n. parasympatycznego, która wychodzi na granicy *meten* i *myelencephalon* wraz z N. III, przechodzi przez *N. petrosus superficialis N. Vidianus* do *g. sphenopalatinum* i stąd wychodzi jako nerw wydzielniczy — dla gruczołów łzowych oraz dla błon śluzowych nosa, podniebienia i przełyku. Nerwy współczulne wychodzą z *g. cervicale sup.* towarzysząc tętnicy ocznej spełniają tu rolę troficzną względnie wywierają według G u i l l a u m a wpływ pośredni na zmiany naczyniowe.

Przeglądając nasz materjał można stwierdzić, że częstość objawów ze strony oka jest dość znaczna.

Jedne z nich jak łzawienie, zwężenie źrenic po pilokarpinie lub rozszerzenie źrenic po adrenalinie są zrozumiałe ze względu na prawdopodobieństwo swoistego działania środków i zgodne ze stosunkami fizjologji i mechanizmu działania farmakologicznego. Inne notowane przez nas objawy, jak zasłona lub płatki przed oczyma po pilokarpinie i adrenalinie nie stoją może w bezpośrednim związku z nerwami wegetacyjnemi, raczej może występują w zależności od zwiększonego ciśnienia w naczyniach głowy, na które niewątpliwie mają wpływ włókna wegetacyjne. Wreszcie inne jak rozszerzenie źrenic po pilokarpinie, a zwężenie tychże po adrenalinie nie dają się wytłumaczyć danemi anatomiczno - fizjologicznemi. Dla przykładu przytoczę chorego dotkniętego kiłą, znacznem skrzywieniem kręgosłupa *(kyphoscoliosis)*, u którego stwierdziłem powiększoną tarczycę i stan jej wzmożonej czynności *(hyperthyreosis)*. Ten stan tarczycy mógłby wpływać na stan układu wegetacyjnego, gdyż dzisiaj znamy, choćby np. w chorobie B a s e d o w a lub A d d i s o n a, zależność tego układu od gruczołów dokrewnych. Stwierdziliśmy wszakże przed i po badaniu układu wegetacyjnego leniwe oddziaływanie źrenic na światło i akomodację *(hypofunctio n. parasymp.)*. Być może, że tarczyca brała w tym przypadku pewien udział w odwrotnych odczynach źrenicowych w ten sposób, że pewne włókna, uległe osłabieniu dawały po drażnieniu wspomniany wynik, ale prawdopodobniejszem jest, że na te odcinki układu parasympatycznego zadziałał jad kiłowy.

Inny przykład dotyczy alkoholika z kiłą nawrotową, u którego stwierdziłem nierówność źrenic (l. > pr.) i leniwe oddziaływanie na światło i akomodację. Po pilokarpinie wystąpiło najpierw rozszerzenie lewej źrenicy, po 20' wyrównanie i silne rozszerzenie obu źrenic. Dowód to, z jednej strony czynnościowego uszkodzenia zwieracza lewej źrenicy a następnie zaburzenia — może w drodze odruchu — i prawego. Dziwnem było w tym przypadku odwrotne zachowanie się źrenic po adrenalinie (zwężenie). Przykładów podobnych mógłbym przytoczyć więcej, dla wytłumaczenia tych niejasnych objawów może należałoby przyjąć, że pod wpływem pewnych czynników jak jad kiłowy — przychodzi do czynnościowego upośledzenia włókien parasympatycznych w przypadku rozszerzenia źrenic po pilokarpinie, względnie do uszkodzenia mięśni w następstwie upośledzenia włókien współczulnych. Również przypuścićby można, że prócz osłabienia włókien wegetacyjnych ulegają upośledzeniu i aparaty ośrodkowe nerw. wegetacyjnych i stąd może pochodzi ta zamiana odczynów po drażnieniu środkami farmakologicznemi pod nieobecność kontroli ze strony nerwów mózgowych. Zresztą problem ten przedstawia dzisiaj dużo niewiadomych i tylko hypotetycznie może być tłumaczony.

Ś l i n i a n k i podjęzykowe i podszczękowe zaopatrują włókna n. parasympatycznego, którego jądro leży w rdzeniu przedłużonym, stąd jego włókna biegną z N. W r i s b e r g a przez *g. geniculi* i *chorda tympani* do *g. submaxillare* i g. L a n g l e y a, by dojść jako nerw wydzielniczy, do wymienionych gruczołów. Jądro n. parasymp. dla gruczołów przyusznych również leży w rdzeniu przedłużonym, włókna jego biegną z N. IX do *g. petrosum*, stąd wraz z N. Jacobsona i N. Petrosus prof. dochodzą do *g. oticum*, które daje włókna dla gruczołów. Nerw współczulny wychodzi z *g. cervicale sup.*, biegnie z naczyniami do ślinianek, spełniając w nich zadanie troficzne. Ślinianki w naszych przypadkach nie oddziaływały na adrenalinę, wydzielaja natomiast po drażnieniu pilokarpiną. Nie przeczy to jednak, że adrenalina odgrywa pewną rolę na czynność wydzielniczą ślinianek w doświadczeniu na zwierzętach. Ślinotok po pilokarpinie występuje u badanych przeważnie pomiędzy minutą *2 — 10* i trwa od 25' — 45', u niektórych trwanie ślinotoku waha od 15 do 50 min., Ilość wydzielonej śliny wynosi 30 — 200 cm^3. Na podstawie naszych spostrzeżeń można stwierdzić, że ilość wydzielonej śliny bywa większa, im wcześniej rozpoczął się ślinotok. Bez wątpienia nasilenie ślinotoku stoi w związku ze stanem naczyń krwionośnych, z zachowaniem się tętna, jak niemniej komórek wydzielniczych ślinianek. Mniejsza ilość śliny jest bardziej ciągliwa i gęsta, większa jest więcej płynna, zapewne w zależności od zawartości składników stałych (sole, węglowodany, mucyna) i stanu komórek wydzielniczych. Prawdopodobnie nie małą rolę odgrywa także czas oddzielający próbę — od użycia i ilości napojów. W niektórych przypadkach zauważyliśmy wraz z silniejszym ślinotokiem odwrotne zachowanie się tętna po pilokarpinie, a zatem zamiast zwolnienia bardzo znaczne przyśpieszenie tętna. Przypadki te oddziaływały dość żywo na adrenalinę *(sympatycotonia)*. Możnaby na podstawie tego wnioskować, że im układ współczulny jest bardziej pobudliwy, tem ślinotok jest znaczniejszy po zadziałaniu pilokarpiną. Wiemy, że włókna parasympatyczne, zaopatrujące ślinianki, spełniają czynność włókien wydzielniczych, a dalej, że włókna współczulne pełnią rolę troficzną, oraz że ich przecięcie znosi wydzielanie śliny. Nasuwa się tedy pytanie czy pilokarpina nie działa pobudzająco równocześnie na włókna wydzielnicze (parasymp.) i troficzne (współczulne), boć przecież po porażeniu włókien troficznych nie mogłoby istnieć wydzielanie. Stawiamy to w formie zapytania, gdyż dotąd panuje dość znaczna rozbieżność zdań w tym kierunku, tak co do ślinianek, jak zresztą co do gruczołów potnych. Nasze przypuszczenia potwierdzałyby poniekąd przypadki, w których tętno (52 i 56 na minutę) wskazuje na wyraźną vagotonję w odcinku sercowym, coby przemawiało, że u osobników z pobudliwym układem parasympatycznym wydzielenie śliny (40 — 50 cm^3!) staje się mniejsze, gdyż równocześnie z hyposympatycotonią staje się słabsze działanie troficzne, zatem pośrednio małą jest też wydzielina. Nie przeczą temu przypuszczeniu przypadki inne, które wskazują na nierównowagę układu wegetacyjnego na niekorzyść układu parasymp. Wskazywałoby to, że wzmożona pobudliwość układu współczulnego, a zatem wzmożony trofizm nie musi wywoływać silnego wydzielania, gdy osłabione są *(hypofunctio)* włókna wydzielnicze, parasympatyczne lub uszkodzone same komórki wydzielnicze. Nie możemy wykluczyć też, iż zmiany odczynów mogą mieć swoje źródło w przemieszczeniu czynności w zakresie tego samego układu wegetacyjnego (parasymp.).

Gruczoły potne w przeciwieństwie do innych narządów, mają jak wykazały dotychczasowe badania — jedynie unerwienie współczulne, segmentaryczne. Nerwy współczulne dla gruczołów potnych głowy biegną z wiązkami N. V. W naszych przypadkach niemal wszyscy chorzy odpowiadali na pilokarpinę potami. I znowu tu jak w ślinotoku widzimy nierównomierność w czasie rozpoczęcia odczynu oraz w nasileniu. Miarą dla nas była ocena podmiotowa, bo nie mogliśmy ująć w liczby ilości wydzieliny. Poty występowały nieraz tylko miejscowo, zaczynając się na czole lub pod pachami lub też stopniowo przechodziły w ogólne i nasilały się w tych samych odcinkach od + do ++++. Poty ogólne były naogół znacznie silniejsze niż tylko miejscowe. O samem natężeniu w stosunku do ilości tętna, parcia krwi i t. p. możemy prawie powtórzyć, co powiedzieliśmy o natężeniu ślinotoku. Notowaliśmy nawet niejednokrotnie podobieństwo w nasileniu obu czynności wydzielniczych. Przeważnie zdarza się — że im silniejszy ślinotok, tem bywa żywsze pocenie , im słabszy ślinotok tem poty są mniejsze. I znowu nasuwa się pytanie, dlaczego na gruczoły potne, zaopatrzone wyłącznie przez układ współczulny, działa pilokarpina w kierunku mniej lub więcej żywego wydzielania? Dlaczego adrenalina nie wywołuje pocenia, jeżeli jest środkiem, nastawionym na drażnienie układu współczulnego. Wprawdzie znane są doświadczenia na wydzielanie potu u kotów i koni pod wpływem adrenaliny — de facto nie usuwają naszych wątpliwości w stosunku do innych gatunków a zwłaszcza człowieka.

Czy włókna współczulne grają tu rolę włókien wydzielniczych, czy tylko pełnią czynność troficzną przez pośrednictwo naczynio-ruchowe? Czy pośrednictwo to może polegać jedynie na kurczliwości naczyń? Wszak wtedy nie może być mowy o wzmożonem wydzielaniu pod wpływem pilokarpiny, która raczej wpływa na rozszerzenie naczyń. Tłumaczenie samodzielności gruczołów potnych przez kurczliwość mięśni gładkich (Gley) zdaje mi się nie wystarczy. Nie tłumaczą procesu same włókna współczulne, bo jak mówi Gley, „każdym razem, gdy krążenie w gruczołach potnych jest mniej czynne, wydzielanie staje się słabsze". Czy muszą tu być włókna wydzielnicze i co powoduje czynność gruczołów potnych ek- i mesencrinalnych? Odpowiedź nie do nas należy. Zwracamy tylko uwagę na podobieństwo między zachowaniem się ślinianek i gruczołów potnych. I podobnie nasuwa się problem — wedle nas — czy pilokarpina działając na włókna psymp. nie działa równocześnie na włókna współczulne, nie tylko kurczące naczynia ale i przez nie odżywcze.

Serce, drogi oddechowe, objawy ogólne. Serce i przeważną część narządów wewnętrznych zaopatruje nerw błędny, który w przewadze składa się z włókien układu parasympatycznego. N. X. wywodzi swój początek z jądra tylnego *n. vagi* w rdzeniu przedłużonym. Część ta łączy się z włóknami ruchowemi (j. środkowe) i czuciowemi (j. przednie) w pień. Nerw ten ma w czaszce zwój *(g. iugulare)*, który oddaje gałązki meningealne i uszne dla muszli i tylnej części zewnętrznego przewodu słuchowego. Z tym zwojem łączą się włókna współczulne, wychodzące z górnego szyjnego zwoju. Drugi zwój *(g. plexiforme)*, daje gałązki dla krtani i gardła, tworząc z gałązkami N. IX i współczulnemi — *plexus laringeus* z gałązką nerwową dla języka. Poniżej tego zwoju odgałęzia się w części zewnętrznej — nerw krtaniowy górny, poczem nerw szyjny — górny i dolny łączą się ze splotem sercowym Wrisberga oraz *n. recurrens* (ruchowy), zaopatrując krtań, tchawicę, przełyk i mięśnie dolne gardła. W klatce piersiowej zaopatruje N. błędny płuca i oskrzela, tworząc splot około oskrzelowy przedni i tylny (parasymp.). N. zwrotny *(recurrens)* lewy przechodzi pod łukiem aorty do krtani, daje odgałęzienia jak nerw po stronie prawej i gałązkę dla splotu sercowego. Zadanie włókien parasympatycznych polega w tym odcinku na czynności hamującej kurczliwość mięśnia sercowego i zawiadywaniu mięśni gładkich przewodu oddechowego. Włókna współczulne, wychodzące ze zwoju górnego szyjnego, zaopatrują szyję, naczynia głowy i gruczoły, a za pośrednictwem *n. iugularis* łączą się z nerwem błędnym. Z wymienionego zwoju oraz ze zwoju gwiaździstego wychodzą włókna, które kończą się w splocie sercowym Wrisberga. Czynność włókien współczulnych polega na przyśpieszeniu czynności serca oraz daje objawy naczynioruchowe, sercowo-płucne.

Omawiając czynność serca należy wspomnieć a naczyniach obwodowych i zachowaniu się tętna, o objawach ogólnych, oraz drogach oddechowych, które stoją w dość ścisłym związku ze sercem przez mały krwiobieg oraz przez n. błędny. Pilokarpina drażniąca nerw błędny powinnaby sprowadzić zwolnienie czynności serca oraz zwolnienie czyności serca oraz zwolnienie tętna. W rzeczywistości notowaliśmy takie zwolnienie zaledwie w małej ilości przypadków, pozatem mogliśmy spostrzec przyśpieszenie tętna po pilokarpinie o kilka uderzeń, zresztą w przypadkach, które po adrenalinie oddziaływały podobnie; znaczne przyśpieszenie występowało po pilokarpinie w przypadkach, które podobnie oddziaływały po adrenalinie i których tętno przed badaniem przekroczyło ilością uderzeń tętno prawidłowe. Na innem miejscu omówiłem dość obszernie niektóre objawy ze strony serca w pracy odruchu oczno-sercowym. Celowo omijam zachowanie się n. błędnego pod wpływem atropiny. Zastanawia mię tylko, dlaczego pilokarpina działa w naszych przypadkach przyśpieszająco na czynność serca, powodując szybkie tętno na minutę oraz objawy bicia serca? Trudno wykluczyć vagotropowe działanie pilokarpiny, jak ciężko przyjąć, że dawka pilokarpiny mogła być nie wystarczająca dla wywołania zwolnienia czynności serca względnie tłumaczyć tem, że dawka (1 cm³ 1% pilocarp.) może być bliską dawce toksycznej i wywołać wręcz odwrotny skutek t. j. przyśpieszenie tętna zamiast zwolnienie. Spostrzeganie naszych przypadków pozwala na przypuszczenie, że pilokarpina działa i w tym odcinku na włókna współczulne, bardziej pobudliwe w pewnych przypadkach np. pod wpływem jadu kiłowego. Zrozumiałemby było przyśpieszenie czynności serca i tętna u jednych, utrzymanie pewnej równowagi u drugich, brak żywszych zmian, względnie zwolnienie czynności serca u trzecich (vagotonja). Przyśpieszenie czynności serca i podniesienie ilości tętna na minutę po adrenalinie można tłumaczyć podrażnieniem układu współczulnego, przy równoczesnem osłabieniu odcinka sercowego nerwu błędnego względnie w przypadkach obojnaczej pobudliwośc (amfotonia). Czy podobne objawy ze strony serca i ból w jego okolicy po pilokarpinie należy odnieść do podrażnienia n. błędnego sercowego lub też gałązek idących do tętnic wieńcowych serca czy do splotu około-oskrzelowego względnie samego mięśnia sercowego — trudno powiedzieć. Bladość skóry po adrenalinie jest następstwem skurczu mięśni naczyń obwodowych. Rumień twarzy, nawał krwi do głowy po pilokarpinie, ból głowy, zrozumiałe są jako objawy po drażnieniu włókien parasympatycznych meningealnych. Z drugiej strony ogólne osłabienie, szum i zawroty głowy w czasie anemizacji po drażnieniu włókien współczulnych adrenaliną występowały w naszych przypadkach dość często u chorych kiłowych i to w okresie rozsiania krętków bladych w ustroju (lues II i nawroty). Być może, że do objawów naczyniowych, a może ze strony odpowiednich włókien wegetacyjnych należy odnieść bóle w krtani i przełyku, duszność, ból jakby podczas ropnia i t. p. (n. X).

Objawy ciepłoty miejscowej lub ogólnej, naprzemian zimna, gorąca i dreszczy w wyższym stopniu po pilokarpinie niż po adrenalinie może należy odnieść do wegetacyjnych ośrodków ciepłoty łącznie z wpływem na naczynia. Trudno je bowiem przypisać odczynowi skóry po utracie wody, ponieważ wymienione objawy występują w różnym czasie, nie związanym z okresem i nasileniem pocenia, powtóre same poty są raz „zimne" raz „ciepłe", po trzecie stwierdzamy równocześnie zaburzenia ciepłoty kończyn i zmianę barwy (sinica). Objawy te nie powinnyby wystąpić po adrenalinie, która drażniąc włókna współczulne gruczołów potnych nie daje w efekcie u człowieka wydzielenie potu. Może należałoby odnieść jednocześnie wahania ciepłoty do zachowania się naczyń i krążenia krwi, już to w następstwie porażenia włókien zwężających naczynia po pilokarpinie lub ich podrażnienia po adrenalinie. Być może, że objawy cieplne zależą od przewalania krwi np. przekrwienie wnętrzności i anemizacja obwodowa. W takim razie należałoby przypuścić, że pilokarpina działa na naczynia, a raczej na współczulne vasoconstrictory. Jednak przypuszczenie to nie zawsze zgadza się ze stanem klinicznym, gdzie u osobników z pobudliwym n. parasympat. stwierdzamy nieraz chłód ogólny lub miejscowy, zaś u sympatycotoników ogólne ciepło. Pewną rolę może tu odgrywać zwolnienie lub przyśpieszenie czynności serca, stany zależne od n. wegetacyjnego, w krąg którego może wchodzić wpływ ośrodka ciepłoty. Na prawdopodobieństwo tego przypuszczenia może wskazuje spostrzeganie chorych, dotkniętych chorobą zakaźną np. gruźlicą, u których spotyka się charakterystyczne dzienne wahania ciepłoty, rumieńce policzków, dreszcze i poty, objawy zależne zapewne od zatrucia toksynami pewnych odcinków układu wegtacyjnego. Obok dreszczy notowaliśmy drżenia miejscowe lub nawet ogólne. Objawy te możnaby odnieść częściowo do przyśpieszenia czynności serca przez udzielanie, gdyby miejscem ich była wyłącznie klatka piersiowa. Jednakże drżenie dotyczy różnych odcinków ciała jak: ręce, zginacze ramiona i t. p. Guillame przytacza zapatrywania różnych autorów na mechanizm i regulację napięcia mięśniowego przy bezpośrednim udziale układu współczulnego, a przedewszystkiem podkreśla badania histologiczne Boekego.

Według tego autora wszystkie mięśnie zależne i niezależne od naszej woli mają włókna nerwowe — myelinowe, ruchowe i włókna ameylinowe, współczulne. Guillaume dodaje od siebie, że „wprawdzie nie znamy natury czynności włókien współczulnych w mięśniach jednak sama ich obecność dowodzi, że spełniają one jakieś zadanie". Być może, że drżenie mięśni zależało w naszych przypadkach od podrażnienia po środkach farmakologicznych. Drżenie to przypomina poniekąd drżenie chorych ze wzmożoną czynnością tarczycy. Kto wie czy włókna współczulne nie przewodzą do mięśni hormonów pewnych gruczołów dokrewnych, powodując kurczliwość ich włókieniek i drżenie. Możliwem jest, że odgrywa tu rolę stan równowagi jonów (K, Ca) ewentualnie w łączności z czynnością gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, którym Zondak przypisuje znaczenie w czynności mięśni.

Dermografizm uważali Eppinger i Hess jako dilatacyjny - parasympatyczny, o ile występował różowy, aż do wyniosłych pręg z bąblami i constrictoryczny — współczulny, dermografizm blady. Tinel, Schiff i Santenoise odróżniają dermografizm różowy, mechaniczny od naczynio - ruchowego. Zdaniem ich pierwszy jest prostolinijny, ograniczony do miejsca ucisku i występuje w obszarach bez nerwów naczynio - ruchowych. Ma to być zatem czynność mechanicznego urazu na ścianki naczyń włosowatych, który powoduje chwilowe atomiczne ich rozszerzenie. Drugi dermografizm, naczynio - ruchowy t. zw. *„meningitique"* występuje zdaniem tych autorów — po bolesnym urazie skóry końcem szpilki, stopniowo w postaci smug, plam lub rozgałęzień o nieregularnem obramowaniu. Ma to być prawdziwy odruch vasodilatatorów, który wymaga nieuszkodzonych przewodników i ośrodków nerwowych. Podział taki dermografizmu wydaje się dość sztuczny. W jednym i drugim wypadku wywieramy ucisk. Dlaczego ból po urażeniu skóry ma wywołać dermografizm prawdziwy, naczynio - ruchowy? Nie tłumaczą tego podane przez autorów dwa przypadki pooperacyjne, jak również nie wystarczą wywody, że smugi różowe i białe są następstwem mechanicznego zahamowania względnie pobudliwości mięśni naczyń. Być może, że autorowie ci przyjmują — w idjo — muskularnem pochodzeniu tego odruchu, polegającym na kurczliwości komórek śródbłonkowych naczyń włoskowatych skóry — zapatrywanie Boekego o dwoistości włókien nerwowych mięśni. Ale i to nie objaśni wpływu ucisku na powstawanie dermografizmu mechanicznego lub naczyniowo - ruchowego, a tem mniej odcieni w barwie pręg ani natężenia. Sezary i Dessaint na podstawie odczynu oczno - sercowego dochodzą do wniosku, że nasilenie smugi białej nie stoi w związku z napięciem układu współczulnego i uważają ją, jako odruch naczynio - ruchowy. Autorowie ci stwierdzili stały brak smugi białej u chorych z asystolją. Tłumaczą to zastojem w naczyniach włoskowatych i hypertenzją żył, które nie dopuszczają do kurczliwości naczyń włoskowatych i zamknięcia ich światła.

W moich przypadkach dermografizm różowy badaliśmy w przeddzień podawania jadów wegetacyjnych. Tylko w części przypadków nie było go wcale. W czasie próby pilokarpinowej zauważyliśmy nieraz nasilone pręgi. Adrenalina nie wpływała na odmianę w zachowaniu dermografizmu, w przypadku dermografizmu wyniosłego nie skróciła czasu trwania pręgi — jedynie zaś obrzęk może był nieco słabszy.

Przewód pokarmowy. Nerw błędny po zaopatrzeniu serca i płuc schodzi do jamy brzusznej i daje gałązki na przednią i tylną powierzchnię żołądka, dwunastnicy i jelita po *valvula ileo - coecalis*. Włókna czuciowe towarzyszą ruchowym i parasympatycznym. Rolę części parasympatycznej nerwu błędnego określa Guillaume jako 1) wydzielniczą dla gruczołów trawiennych i innych, związanych z przewodem pokarmowym, 2) ruchową dla mięśni gładkich przewodu pokarmowego. Nerwy parasympatyczne w kiszkach kończą się w splotach Auerbacha na granicy warstwy mięśni podłużnych i okrężnych. Dotąd nie stwierdzono jakie nerwy tworzą splot Meissnera i międzytkankowy Cajala. Sploty te stanowią według badaczy pewien rodzaj miejscowego mechanizmu we wnętrznościach. Inny rodzaj takich narządów stanowią zgrupowania tkanki nodularnej, wywołujące np. w sercu ruchy falujące. Nerwy współczulne działają w tym odcinku hamująco na mięśnie gładkie, zaś ruchowo na zwieracze kiszek. Nerwy współczulne trzewiowe biorą początek w środkowej i dolnej części piersiowej rdzenia, przechodzą zwoje przykręgowe, by po przejściu przepony zostać w zwoju gwiaździstym. Na ten zwój składają się *g. semilunare, g. mesentericum, subrenale* i *renale*.

Częściowo wychodzą włókna współczulne z górnego odcinka rdzenia lędźwiowego, skąd idą włókna do zwojów kręgowych, a stąd do *g. mesentericum inf.* i *hypogastricum*. Z wymienionych zwojów wychodzą włókna pozazwojowe, które kończą się za pośrednictwem zwojów przyściennych we wnętrznościach. W ten sposób zaopatrzone są naczynia krwionośne przewodu pokarmowego i związanych z nim gruczołów, mięśnie gładkie, zwieracze jelit, nerka, nadnercze, śledziona, zaś w miednicy zwieracz wewnętrzny prostnicy, moczowód *trigonum Lietaudi*, cewka, trąbka, jajnik, macica, pochwa u kobiety, pęcherzyk nasienny, gruczoł krokowy, *ductus deferens* i jądra u mężczyzny (Guillaume).

W przypadkach moich odczyny ze strony przewodu pokarmowego występowały wielokrotnie po próbie pilokarpino - adrenalinowej i to przeważnie u chorych, u których w wywiadach mogłem stwierdzić skłonność do zaburzeń jelitowych lub u których przed badaniem występowały pewne zaburzenia czynnościowe. I tu znajomość stosunków anatomo - fizjologicznych nie pozwala z całą stanowczością wyjaśnić niektórych objawów. Tak np. notowaliśmy nieraz wzmożoną peristaltykę kiszek po adrenalinie, gdy włókna współczulne — w myśl dzisiejszych poglądów — działają hamująco na gładkie mięśnie. Czasem stwierdzaliśmy po adrenalinie odbijanie kwasami, gdy — według danych wielu autorów *hyperaciditas* zależy od nerwów parasympatycznych. Trudno tłumaczyć wrażenie ciepła w jelitach rozszerzeniem naczyń po pilokarpinie, kiedy podobny objaw nastąpi po adrenalinie, która (działając tak, jak pobudzenie nerwu współczulnego) winna spowodować zwężenie naczyń. Pojawienie się biegunki, zresztą dość późno po tych obu środkach farmakologicznych nie odpowiada w całości stosunkom fizjologicznym. Objawy bólu tłumaczą niektórzy metamerją i odruchami miejscowo - ośrodkowymi, wzgl. wegetacyjnymi. Musimy poniechać przypominanie tych teoryj, aczkolwiek nasuwa się wspomnienie doświadczeń Pawłowa i Popielskiego nad wydzielaniem soku żołądkowego pod wpływem podniety psychicznej u psa z przetoki żołądkowej. Pomijamy też cały szereg objawów przewodu pokarmowego z powodu niezgodności fizjologów na rolę układu wegetacyjnego w tym odcinku, jak też brak danych o znaczeniu splotów Auerbacha i Meissnera, a zwłaszcza tkanki nodularnej. To jedno jest dla nas niezbite, że układ wegetacyjny ma wpływ na przewód pokarmowy, jeżeli tak żywo oddziaływuje na wegetacyjne jady farmakologiczne. Zdaje się, że stosując te środki, możemy sobie nieraz uprzytomnić w zależności od odczynu o stanie niektórych narządów (Stefek). Musimy w tych przyp. myśleć o wpływie czynników psychicznych, chemicznych, zakaźnych i innych zależnych nieraz od warunków życiowych. I teraz wypadnie nam określić upośledzenie narządów jako czynnościowe, to znów czynnościowo - organiczne *(crises gastriques* u tabetyków) lub organiczne. Tę zdolność odzewu ze strony danego narządu, czy jest on upośledzony czynnościowo czy też gotowy do uszkodzenia organicznego nazwaliśmy dawniej „dzwonkiem alarmowym".

Narząd wydzielniczy moczowy zaopatruje krzyżowy odcinek układu parasympatycznego, jako *N. pelvicus*. Przednia i tylna gałązka tego nerwu tworzą splot pęcherzowy i jelitowy *(plexus vesicalis i colorectalis)*. Włókna ich kończą się w zwojach trzewiowych, zaś włókna pozazwojowe zaopatrują mięśnie jelita grubego i prostnicy z wyjątkiem zwieraczy. Osobne gałązki zaopatrują naczynia krwionośne, śluzówki odbytnicy i zewnętrznych narządów płciowych *(Nervus errigens)*. Czynność tego odcinka powoduje skurcz mięśni i gruczołów końcowego odcinka przewodu pokarmowego i pęcherza (czynność ruchowa) i stany naczynioruchowe krwionośnych naczyń miednicy. O włóknach współczulnych tego odcinka wspomnieliśmy wyżej (vide narząd pokarmowy). Musimy wreszcie nadmienić, że w ścianach pęcherza znaleziono nerwowy mechanizm (narząd) miejscowy, którego fizjologji podobnie jak w sercu i przewodzie pokarmowymdotąd jeszcze nie znamy.

W pewnej ilości przypadków notowaliśmy wzmożone parcie na mocz, bóle pęcherza i prącia. Objawy te występowały zazwyczaj w drugim kwadransie po wstrzyknięciu pilokarpiny. Ten opóźniony odzew może jest następstwem działania jadu nie natychmiast na krzyżowy odcinek układu parasympatycznego, lecz stopniowo, jeżeli chodzi o czas. Gdyby i w tym odcinku stosunki anatomo- fizjologiczne były jasne możnaby takie objawy jak parcie na mocz i palenie w okolicy pęcherza odnieść do podrażnienia *n. pelvicus*. Stan ten powodowałby w tym wypadku wzmożone ruchy trzonu i rozciąganie ścian pęcherza oraz reflektoryczny ból parcie wśród prawidłowo czynnego zwieracza pęcherza, zaopatrzonego przez włókna współczulne.

Z innych objawów notowaliśmy u kilku chorych pędzenie na mocz i kilkakrotne oddanie moczu w czasie badania pilokarpiną. Objawy te spostrzegałem jedynie u chorych kiłowych i to w okresie rozsiania krętków bladych w ustroju jak i w okresie kilaków. Jeden z autorów francuskich zwrócił już dawniej uwagę, że pilo-

karpina działa moczopędnie w przypadkach anurji kiłowej — w odróżnieniu od tejże na tle mechanicznym. W naszych przypadkach niema mowy o anurji, w każdym razie odzew pęcherza po pilokarpinie może pozwala myśleć o wczesnem czynnościowem upośledzeniu pęcherza, zwłaszcza, że w okresie kiły nerwowej zaburzenia tego narządu występują nieraz jako jedne z pierwszych.

W jednym przypadku utrzymał się bezmocz po adrenalinie w ciągu dwunastu godzin. Być może, że objaw ten należy odnieść do podrażnienia nerwów współczulnych zwieracza pęcherza. Stan ten dowodziłby poniekąd, że działanie adrenaliny nie mija tak szybko, jak o tem naogół myśli się.

Cukromocz nie wystąpił u chorych, którzy oddziaływali słabo na adrenalinę; w innych przypadkach objawiał się dość często w 1—4 godz. po wstrzyknięciu jadu i miał różne nasilenie t. zn. słabe lub silne. W dwu innych przypadkach, z objawami raczej przewagi n. parasympatycznego wystąpił dość znaczny cukromocz w pierwszych dwu godzinach po adrenalinie. W obu tych przypadkach chorzy skarżyli się na ból w okolicy wątroby i wrażenie „wyrywania wnętrzności". Cukromocz nie utrzymywał się w naszych przypadkach ponad 6 godzin. Stwierdzenie cukru w moczu jest wskaźnikiem niejakiej dyspozycji układu glykogennego do nierównowagi.

Dlatego w odróżnieniu od Poraka, Parisota, Blocha i innych nie podajemy węglowodanów przed próbą adrenalinową. Uważamy, że cukromocz po podaniu adrenaliny na czczo jest bliższy rzeczywistości układu wegetacyjnego, zaś wprowadzenie węglowodanów może zaciemnić obraz. Zarzuciliśmy też badanie moczu na cukier w przeciągu 12 godzin, poprzestając na czterech godz., wykazanie bowiem śladów cukru w późniejszych godzinach nie daje bliższych wskazówek co do zachowania się wielkiego koła węglowodanów.

Nerka jako gruczoł i filter zależy w pewnej mierze od nerwów trzewiowych i gałązki nerwu błędnego, który być może spełnia zadanie ruchowo-wydzielnicze. Cukier jednakże dostaje się do nerki z przesączu i glykozurja jako taka jest następstwem nadmiaru cukru we krwi. Ukazywanie się cukromoczu u chorych z pobudliwym układem współczulnym pozwoliło Eppingerowi uzależnić ten objaw od hypersympaticotonji pod wpływem wydzieliny istoty chromafinowej nadnerczy t. j. adrenaliny. Substancja ta zmniejsza ilość glykogenu z magazynu — wątroby. Badania Mehringa, Minkowskiego i wielu innych wykazały, że usunięcie trzustki znosi ten cukromocz. Potwierdzenie tego mamy dziś w wynikach leczniczych zapomocą wyciągu wysepek Langerhansa tak zwanej insuliny.

Guillaume przedstawia antagonizm między układem współczulno-chromafinowym a trzustką jako belkę obciążoną w równowadze. Zdaniem jego cukromocz jest wynikiem zachwiania równowagi neuro-endocrinicznej jużto w następstwie osłabienie czynności trzustki i X lub wzmożonej czynności układu współczulnego względnie współczulno-chromafinowego, gdy równocześnie magazyn glykogenu nie jest uszkodzony.

* * *

Z przytoczonych objawów widać, jak często jest ciężko ustalić logiczność ich występowania w porównaniu ze stosunkami anatomo-fizjologicznemi. Począwszy od źrenic, jeżeli zwrócimy szczególniejszą uwagę na śliniaki i gruczoły potne i narządy wewnętrzne, skończywszy na objawach ogólnych i skórnych (dermografizm — przebija się na każdym niemal kroku owa niezborność stosunków. Wpływa to niejednokrotnie ujemnie w ocenie stanu układu wegetacyjnego.

Dla przykładu przytoczę opinję autorów, którzy uważają wzmożone pocenie jako objaw t. zw. vagotonji.

Jeżeli teraz zbierzemy objawy u gruźlików, gorączkujących wieczorem, z rumieńcami twarzy, błyszczącem okiem, rozszerzonemi źrenicami i wzmożonem tętnem i t. p. i uwzględniwszy obfite poty, to zaliczymy ich do sympatycotoniców.

Jakże pogodzić wzmożone poty z sympatycotonją? Oto przyjmiemy, że toksyny działają na włókna współczulne, wyłącznie zaopatrujące gruczoły potne albo że pilocarpina w eksperymencie jest jadem amfoterycznym albo, że pocenie nie jest przywilejem vagotoniców.

Możnaby powiedzieć, że w odnośnym przykładzie gruźlików poty są następowe i że odpowiadają fazie przewagi układu parasympatycznego. Jeżeli jednak zestawimy podobieństwo tego stanu z objawem w okresie przełomu po chorobach zakaźnych ostrych — to wypadnie raczej mówić o osłabieniu całego układu wegetacyjnego (hypoamfotonia) aniżeli o vagotonji.

Przytoczyłem drobny przykład dla unaocznienia, że z poszczególnych objawów nie można snuć wniosku o stanie układu wegetacyjnego. Nie znaczy to, że mamy przechodzić nad tymi objawami do porządku dziennego. Przeciwnie uważam, że każdemu objawowi poświęcić należy więcej uwagi — krytyka.

Wnioski, do których dawniej doszedłem w pracy p. t. „Zachowanie się układu wegetacyjnego u chorych kiłowych podtrzymuję niemal w całej rozciągłości.

1) Pilokarpina działa prawdopodobnie w pewnych drobnych lub większych odcinkach równocześnie na układ autonomiczny, psymp. *(parasympaticus)* i współczulny *(sympaticus)*.

2) Wessanie środków farmakologicznych przez skórę, wzgl. zadziałanie na zakończenie układu wegetacyjnego, — czy hypotetyczną *„mio-neural-junction"* jest szybkie. Początek odczynu przypada przeciętnie u pobudliwych na 2-gą minutę.

3) Czas trwania poszczególnych objawów i ich nasilenie po środkach farmakologicznych jest różny u chorych kiłowych zależnie od stanu układu współczulnego lub anatomicznego.

4) Częstość oddziaływania ze strony oka jest wielka; odwrotnie zachowanie się źrenic zależy prawdopodobnie od upośledzenia mięśni przez jad kiłowy (włókna współcz. lub parasympatyczne).

5) a) Ślinotok jest po pilokarpinie przeważnie obfitszy im bardziej układ współczulny jest pobudliwy (130—200 cm³),

b) Ilość wydzielonej śliny bywa mniejsza z chwilą przewagi układu autonomicznego psympt. w odcinku sercowym (45—80 cm³),

c) Ilość śliny w przypadkach pozornej równowagi jest średnia (80—130 cm³).

6) Takie samo było po pilokarpinie zachowanie się wydzielania potu z gruczołów zaopatrzonych „wyłącznie" przez układ współczulny.

7) a) Pilokarpina wywoływa nieznaczne przyspieszenie, może zaś wywołać zwolnienie czynności serca, jeżeli układ autonomiczny (nerw błędny) jest prawidłowy lub pobudliwy, w przysercowego, a wzmożonej pobudliwości układu współczulnego.

b) Pilokarpina wywoływa nieznaczne przyśpieszenie czynności serca w przypadku pozornej równowagi obojnaczej (hyposymphotonia),

c) Pilokarpina powoduje znaczne przyśpieszenie uderzeń tętna (20—40 uderzeń na minutę) w przypadkach osłabienia u. p. s. micznego sercowego, a wzmożonej pobudliwości układu współczulnego.

8) Pilokarpina działa moczopędnie (hypoamhotonia) u chorych z kiłą utajoną i późną (początek uwiądu?) i w jednym przypadku w kile wczesnej z daleko posuniętemi objawami drugorzędnemi (amphotonia).

9) Dermografizm — biały lub różowy — występował niezależnie od pobudliwości układu wegetacyjnego.

10) Adrenalina działa swoiście na pobudliwe odcinki układu współczulnego, nie działa na gruczoły potne.

11) Zachowanie się czynności serca (przyśpieszenie) i ilość uderzeń tętna są na ogół podobne po adrenalinie jak po działaniu pilokarpiny (punkt 7).

12) Cukromocz po adrenalinie objawił się z różnem nasileniem niezależnie od pobudliwości układu wegetacyjnego, raczej w związku z upośledzeniem układu glikogennego przez jad kiłowy.

13) Oddziaływanie ze strony poszczególnych narządów na środki farmakologiczne ma znaczenie „dzwonka alarmowego", oznajmiającego o czynnościowem zaburzeniu narządu lub organicznem uszkodzeniu (zaburzenia źrenic, pęcherz moczowy, cukromocz, nowotwory i t. p.).

14) Pobudliwość poszczególnych odcinków układu wegetacyjnego jest rzadko ogólna, raczej odnosi się do pewnych drobnych części (pobudliwość miejscowa, — a nawet jednostronna).

Piśmiennictwo.

1) Eppinger-Hess: Die Vagotonie. Berlin 1910. — 2) A. C. Guillaume: Le Sympatique et les systémes associés. Paryż 1921. — 3) Tenże: Vagotonies, Sympaticotonies... 2 w. Paryż 1928. — 4) Laignel-Lavastine: La pathologie du Sympatipue. Paryż 1924. — 5) Langley: The autonomic nervoussystem. Cambrige 1921. — 6) L. R. Müller: Die Lebensnerven. Berlin 1924. — 7) S. G. Zondek: Ueber d. Wesen d. Vagus- u. Sympaticusfunction. Bioch. Ztft. 1922.

Lucjan Antoni DOBROWOLSKI. Zakopane.

Tymczasowe doniesienie o próbach leczenia gruźlicy płuc inhalacjami.

Ciąg dalszy.

Przepuszczalność tkanki płucnej dla ciał obcych.

Claude Bernard na podstawie swoich badań, wykazał, że płuca zdrowe, posiadają szczególną zdolność resorbcyjną. Ogólnie biorąc, błona śluzowa oskrzeli o wiele większą wykazuje zdolność resorbcyjną, w porównaniu do odpowiedniej błony śluzowej przewodu pokarmowego. W pierwszym rzędzie, rozpatrzymy zdolność resorbcyjną w odniesieniu do płynów. Wiemy z codziennej praktyki, że przy istniejących wysiękach opłucnowych, nawet przy bardzo obfitych, następuje często szybkie nieraz jego znikanie, czyli występuje zresorbowanie całkowite.

Pomijając samą działalność dróg limfatycznych, które wywierają pierwszorzędną rolę w znikaniu wysięków, to jednak należy przyjąć bezwzględnie, że to byłoby jednak niewystarczające. Wspierającym czynnikiem po temu, jest właśnie czynność samej błony opłucnowej. Odpowiednio do tych zjawisk, odbywających się rzekomo, poza właściwemi płucami, mamy również w nich samych do czynienia z podobnem zjawiskiem szybkiej resorbcji. Tkanka płucna łącznie z oskrzelami, wchłania wszelkie dostające się do niej płyny bardzo szybko. Jeżeli doświadczalnemu zwierzęciu zastrzykniemy do tchawicy jakiś płyn, bądź to zwykłą wodę, czy też roztwór fizjologiczny soli, to płyn ten zniknie w stosunkowo szybkim przeciągu czasu, tak że nieraz wprost nie udaje się przez dłuższy czas otrzymać, napełnione niektóre odcinki płuc, płynem (Laqueur). Po wpuszczeniu, niezbyt wielkiemu psu do dróg oddechowych, kilkunastu centymetrów sześciennych wody, po upływie godziny nie znajdowano już jej, a tylko płuca wykazywały powiększenie wagi w stosunku do przeciętnej, normalnej. Przeważnie po 20—30 minutach, następuje już całkowite zniknięcie płynu doświadczalnego. Badacz ten wypowiedział zdanie, na zasadzie swych bardzo skrupulatnych badań, że główna ilość wprowadzonego płynu do dróg oddechowych, bardzo szybko ulega wessaniu, podczas gdy niewielka pozostałość jego utrzymuje się przez stosunkowo dłuższy okres czasu, przypuszcza on przytem: że fizjologiczny roztwór soli kuchennej, utrzymuje się dłużej od wody pomimo zachowania identycznych warunków doświadczalnych. Biorąc liczbowo, podaje on jak następuje: po półtorej godziny, czysta woda resorbuje się do 89%, podczas gdy roztwór fizjologiczny soli wykazuje zresorbowanie płynów zaledwie do 48%, czyli prawie o połowę mniej. Z metod wykazujących szybkość zresorbowania płynów, należy wymienić metodę Sehrwalda; polega ona na wstrzykiwaniu b. małej ilości barwika (Methylenblau, Gentianaviolet) i po upłynięciu pewnego, stosunkowo krótkiego przeciągu czasu daje się do oddychania proszek lycopodium. Po zabiciu zwierzęcia i dokładnem spreparowaniu przewodów odechowych, można wykazać przytem w licznych małych oskrzelikach charakterystyczne zabarwienie błony śluzowej, z szeregiem leżących w niej cząsteczek lycopodium niezabarwionych. W doświadczeniach tych, które też sami przeprowadzaliśmy, istnieje zasadnicza trudność, zależy bowiem głównie by płyn barwiący dostał się możliwie głęboko, do najdrobniejszych rozgałęzień oskrzelowych, jednakże cała ta trudność polega głównie na niemożności utrzymania go przez stosunkowo dłuższy okres czasu na skutek jego szybkiego znikania. Najlepiej jednak został zabarwiony proszek lycopodium w tchawicy i dużych oskrzelach, jest to jednym z głównych dowodów, że zdolność resorbcyjna przejawia się najlepiej w drobnych oskrzelach. Co się tyczy samego mechanizmu tych spraw resorbcji płucnej, nie został on całkowicie wyjaśniony, jest jednak to pewne, że zależy on głównie, od bogato rozgałęzionego systemu krwionośnego w płucach, jak również i od systemu limfatycznego. Całkowita ilość krwi, znajdującej się w normalnem płucu, jest oceniana na połowę zasadniczej jego wagi.

Przechodząc w następstwie do spraw resorbcji, dotyczących substancyj rozpuszczonych, nadmienić należy, że te sprawy mają o wiele większe znaczenie od poprzednich, które dotyczyły resorbcji płynów, ponieważ praktyczne zastosowanie substancyj rozpuszczonych jest o wiele większe. Znaczny również był doświadczalny materjał przy tych sprawach.

Doskonale wiemy, że procesy dyfuzji pomiędzy krwią, a właściwie osoczem i przestrzeniami międzykomórkowemi, są uzależnione od szeregu przeróżnych warunków. W pierwszym rzędzie wymienimy ich stosunkowo dużą, powierzchnię styczną:

Przetwory złota i ich znaczenie przy gruźlicy płucnej. Przeważnie chroniczny przebieg gruźlicy płucnej i bardzo duże jej rozpowszechnienie, już od dość dawnych czasów, zmuszało do wyszukiwania odpowiednich środków zaradczych przeciwko temu cierpieniu. W pierwszym rzędzie szedł temu na rękę przemysł chemiczno farmaceutyczny, wydając coraz to nowsze specyfiki przeciwgruźlicze. Poglądy się zmieniły, z chwilą odkrycia lasecznika gruźliczego, znaleziono więc główną przyczynę tego cierpienia i przeciwko niemu właśnie zwróciły się wszelkie usiłowania. Zdawałoby się sprawą prostą, wynaleść środek, któryby unieszkodliwiał czy też niszczył laseczniki Kocha. Przeprowadzono szereg doświadczalnych badań w pracowni bakterjologicznej, wypadły one zupełnie dodatnio, niestety jednak przy zetknięciu się z organizmem żyjącym, nie spełniły swej roli, jakiej się od nich spodziewano na podstawie tych wyników laboratoryjnych.

Okazało się bowiem, że środek użyty wewnętrznie, któryby mógłby wpływać na same laseczniki, czy w sensie ich całkowitego zabicia, czy też tylko osłabienia ich rozwoju, wpływał jednocześnie ujemnie na same tkanki, jak również na organizm, działając jako silna trucizna, gdyż dla zapewnienia skuteczności tych środków musiała być użyta odpowiednia koncentracja.

W rezultacie czego, spełzło prawie na niczem dążenie unieszkodliwienia prątków gruźliczych, za pomocą dostarczania wewnątrz środka; ponieważ zanim ten środek bakterjobójczy, mógł wywierać swe działanie w płucach, musiał najpierw ulec wessaniu do krwi, i dopiero za jej pośrednictwem mógł być deponowany w miejscu przeznaczenia, prowadząc w międzyczasie do zatrucia i samego ustroju.

Zaczęły się więc poszukiwania w innym kierunku i zwrócono baczną uwagę na badania chemoterapeutyczne, mając na celu wynalezienie środka odpowiedniego, działającego na laseczniki, któryby mógłby być doprowadzony do ogniska schorzałego w sposób zupełnie nieszkodliwy dla samego organizmu.

W wyniku tego, pojawiły się dwa kierunki badań, jeden z nich był reprezentowany przez dążenie odkrycia środka przeciwgruźliczego, któryby przez odpowiednie przemiany chemiczne, utracił swój wpływ zgubny na sam organizm; drugi polegał na dodaniu jakiegoś połączenia chemicznego do środka zabijającego prątki, dzięki czemu otrzymanoby zupełną nieszkodliwość tego preparatu.

W stosunku do działania na zmiany gruźlicze, możemy te środki podzielić na dwie grupy, pierwsza wpływałaby wprost na laseczniki, druga grupa obejmowałaby środki o działaniu pośredniem, tj. wzmagającem naturalne siły obronne organizmu, dla wydatniejszej walki z cierpieniem, jednakże bez jakiegokolwiekbądź bezpośredniego wpływu na same prątki.

W rezultacie tych badań, poczęto z całym zapałem stosować dwa środki chemoterapeutyczne mianowicie, preparaty miedzi i złota. Wkrótce jednak, zaniechano preparatów miedzi i przerzucono się całkowicie w kierunku złota. Już Koch, odkrywca prątka gruźliczego, jak również i Behring wykazali bardzo dużą siłę bakterjobójczą roztworów soli złota na laseczniki. Roztwory w stosunku jednomiljonowej części, hamowały ich rozwój, jednakże to stężenie było niewystarczające dla leczniczego działania. Poczęto więc bardzo ostrożnie zwiększać koncentracje stosowanych roztworów, starając się przeważnie zwiększać ich siłę działania przy pomocy różnych połączeń. Zwłaszcza połączenie złota z cjankiem, miało dość wielu zwolenników, jednakże dłuższe doświadczenia wykazały, że te połączenia raczej powodowały pobudzenie sprawy gruźliczej i zjawianie się biegunek krwawych, krwiopluć itp. aniżeli miały wpływać dodatnio. Jednocześnie i badania przeprowadzone na zwierzętach doświadczalnych, jak świnki morskie, w zupełności potwierdziły ten ujemny wpływ tych połączeń; krwawienia przy nich występowały prawie jako reguła, tak, że niektórzy badacze z Heubner'em na czele przyszli do wniosku, że sole złota są silnym jadem kapilarnym, niektórzy zaś krańcowi, widzieli w nich truciznę wywołującą zmiany w samej krwi. Po stwierdzeniu więc dokładnem, że stosowanie cjanku złota, powoduje tylko w tkankach nekrotyczny rozpad, nie wywołując przytem bezpośredniego zabójczego wpływu na sam gruzełek i jego części składowe, wreszcie widząc, że preparat ten nie przeprowadza dokładnego oddzielenia tkanek zdrowych od uległych rozpadowi, przez wytworzenie przerostów łączno-tkankowych, zupełnie zarzucono ten preparat, uważając go wprost za zupełnie szkodliwy dla samego organizmu.

Te niezbyt zachęcające próby, nad preparatami złota nie zniechęciły jednak do dalszych badań nad temi preparatami. Spiess i Feld wynaleźli nowe połączenia złota z kantarydyną i nazwali je Aurocantan'em, preparat ten miał działać dodatnio na przypadki gruźlicze, zwłaszcza przy powikłaniach krtaniowych. Jednkże i ten preprat okazał się również nie wiele przydatny, gdyż nie był całkowicie wolny od cjanowych połączeń. Dopiero

Feld, wydzieliwszy z niego całkowicie grupę cjanową i przeprowadziwszy jeszcze szereg innych ugrupowań wewnętrznych w tym preparacie, wprowadził nowy środek do lecznictwa gruźliczego, nazwawszy go Krysolganem. Preparat ten miał wywierać w sposób biologiczny swój wpływ hamujący na lasecznika gruźliczego, mianowicie miał pobudzać i przyspieszać tworzenie się obronnych, normalnych ciał specyficznych. To powstawanie tych ciał obronnych, miało być w związku z wpływem działalności katalizatora, na procesy utleniania w organizmie gruźlika. Procesy te jak wiadomo są u osobników gruźliczych bardzo upośledzone, a działalność tego środka miała wzmóc je do walki z ogniskiem gruźliczem i spowodować jego unieszkodliwienie.

In vivo zatem, krysolgan zupełnie nie działa bakterjobójczo, jednakże jest w możności budzić i wzmacniać w ognisku gruźliczym i jego otoczeniu drzemiące swoiste i nieswoiste ciała obronne, sprzyjając w ten sposób, naturalnej dążności leczniczej ustroju. Wobec braku, bezpośredniego działania bakterjobójczego, stawia on znaczne żądania samemu organizmowi, od którego wymaga przyśpieszenia samoistnego leczenia gruźlicy, polegającego na otorbieniu ogniska specyficznego wałem łączno-tkankowym. Niestety nie wszyscy chorzy mogą temu podołać, bądź dla tego, że sprawa rozpadowa zaszła już bardzo daleko, bądź też dlatego, że zdolność odczynowa organizmu została już całkowicie wyczerpana. Krysolgan, ma zwłaszcza wpływ korzystny, przy sprawach płucnych powikłanych sprawami krtaniowemi.

Niedostateczne więc jego działanie i nie całkowita pewność osiągniętych wyników, dały bodziec do dalszych poszukiwań i badań w tym kierunku. Niebawem, pojawiły się wyniki doświadczalne Mölgaarda, nad nowym preparatem złota, nazwanym przez niego sanokryzyną. Prawie równocześnie z tym zjawiają się prace kopenhaskich klinicystów, ujmujące samo zastosowanie praktyczne tego preparatu, który wkrótce ma się stać przedmiotem ogólnego zainteresowania. Świat lekarski stanął pod znakiem optymizmu, liczne referaty na ten temat wygłaszane, w przeróżnych krajach, gromadziły ogromne rzesze lekarzy, żądnych bliższych danych i szczegółowych wyników. Entuzjazm przenosi się wkrótce na laików, którzy słysząc cuda o tym leku, zaczynają się wprost domagać od swych lekarzy zastosowania u nich tego preparatu złota, by mogli się wreszcie oswobodzić od swego cierpienia, gnębiącego ich od szeregu lat. Pojawiły się nawet zdania, zwłaszcza w pismach codziennych, które zaczęły już nawet interesować się, co się stanie z licznemi zakładami dla leczenia chorób płucnych, gdy kwestja gruźlicy płucnej, została już całkowicie rozwiązaną przez wynalezienie tego środka złotowego.

Wreszcie pojawiły się w poszczególnych krajach, wyroby tego preparatu, dające co do wartości, zupełnie identyczny preparat z swym pierwowzorem duńskim.

Towarzystwo Przemysłu Chemicznego Spiessa w Warszawie, zaczęło również wyrabiać identyczny preparat, pod nazwą „aurosanu". Preparat ten jest podwójną solą tiosiarczanu sodowego złota o wzorze:

$$\begin{matrix} & Na_2 \\ Au.\ O_3\,S_2 & \\ & Na_2\,S_2\,O_3 \end{matrix}$$

zawiera około 37% złota (Au). Przedstawia się jako białe kryształy, w postaci igiełek łatwo rozpuszczalnych w wodzie, a nie rozpuszczalnych w alkoholu i eterze. W roztworze wodnym, odczyn prawie obojętny (PH = 6,4 dla 1% roztworu), nie wykazuje reakcji na jon złota. Pod wpływem kwasów, jak również alkaljów z dodatkiem wody utlenionej, wydziela się, przy ogrzaniu metaliczne złoto w postaci brunatnego strątu. Aurosan jest identyczny z sanokryzyną, a może ją nawet pod niektóremi względami przewyższa, bo jak wykazuje wzór chemiczny, złoto jest mocno związane z tlenem a nie z siarką; połączenie trójwartościowe złota z tlenem, zapobiega powstawaniu wolnych jonów metalowych, które mogą prowadzić do zatruwania tkanek. To stosunkowo bardzo korzystne połączenie, pozwala na stosowanie tego preparatu, bez jakiejkolwiekbądź obawy, o szkodliwe następstwa dla samego organizmu ludzkiego. Wartości bakterjobójcze Aurosanu, jak wykazały liczne badania wobec prątków Kocha są wielkie. W rozczynie jeden na sto tysięcy, prątki ginęły a roztwory 10 razy słabsze, powodowały zahamowanie ich rozwoju. Stosowanie tych preparatów wkrótce zaczęło zyskiwać prawo obywatelstwa, niestety jednak okres zachwytu nie trwał zbyt długo. Okres licznych prób i doświadczeń przyniósł nie tylko wiele rozczarowań, ale dał w rezultacie i szereg ofiar. Zamiast zaufania, zjawiła się niechęć, stwarzając nieprzezwyciężone uprzedzenia. Stan ten zrodził się przez nieodpowiednie stosowanie tego leku, zarówno pod względem doboru przypadków, jak i dawkowania odpowiedniego. Mölgaardowi, przyświecał cel leczenia gruźlicy zapomocą chemjoterapji bakterjobójczej, zadziałaniem na prątki gruźlicze.

W związku z tem stosował on zbyt duże dawki, do 1 grama, które nie tylko nie były obojętnemi dla ustroju, ale okazały się wprost niebezpiecznemi.

Te duże dawki sanokryzyny, powodując duży rozpad znacznej ilości prątków, zmusiły go dla zapobieżenia skutkom tego rozpadu, do zastosowania, nie mniej groźnej surowicy, którą jednak w następstwie sam zarzucił. Zarówno i chorzy, podlegający temu leczeniu, byli to osobnicy przeważnie beznadziejni i wyczerpani długotrwałem cierpieniem.

Preparaty te były stosowane, wyłącznie w postaci wlewań dożylnych.

To pewne niepowodzenie Mölgaard'owskiej idei chemoterapji wyjaławiającej, przy gruźlicy przewlekłej u ludzi, przez doprowadzanie olbrzymich dawek, tłumaczy się prawdopodobnie niemożnością wpłynięcia drogą krwionośną, na żywe i jadowite zarazki, znajdujące się w ognisku gruźliczem. Bezwątpienia, że ogniska, są bardzo trudno dostępne, a nieraz i zupełnie niedosięgalne dla dostania się do nich leku.

Przy swoistych zmianach tkankowych, powstających, jako naturalny odczyn obronny ustroju przeciwko gruźlicy, mamy zwykle łączno-tkankowe otorbienie ogniska.

Więcej czy też mniej posuwające się otorbienie ogniska gruźliczego, zawierającego laseczniki, może klinicznie prowadzić do zupełnego wyleczenia. Jednocześnie jednak, to otorbienie łącznotkankowe, chroni zawarte w niem zarazki gruźlicy od zadziałania na nie krążących we krwi środków bakterjobójczych. Tem więcej że jak wiemy doskonale z anatomji patologicznej, gruzełek nie zawiera zupełnie naczyń krwionośnych.

Gruźlica płuc, z którą spotykamy się w klinice jest przeważnie charakteru przewlekłego, trwająca nieraz szereg lat. U takich osobników mamy ogniska gruźlicze otoczone wałem obronnym łączno-tkankowym, które są już częściowo zwapniałe i wskutek tego nieczynne. Mimo to jednak, zawierają one w sobie laseczniki gruźlicze, które pod wpływem tych czy innych przyczyn, mogą przejść ze stanu utajonego w stan czynny i dać nowy postęp, czy też stworzyć nowy bodziec do odezwania się nieraz dłuższy czas trwającego prawie w zupełnem zapomnieniu cierpienia. W takich, względnie obronnych umiejscowieniach, laseczniki dość trudno poddają się działaniu chemicznych środków i dlatego w takich przypadkach terapja sterilisans magna, nie może wydać odpowiednich owoców i zgóry należy ją uważać za nieosiągalny i źle postawiony ideał.

Nie wynika jednak z powyższego, by złoto, nad którem nowsze badania zaprzeczyły, że należy ono do jadów kapilarnych, nie miało wywierać korzystnego wpływu na zmiany gruźlicze w organizmie ludzkim. Przeciwnie w niektórych przypadkach zwłaszcza świeżych, jak również przy stanach gdzie idzie nam o jakby zabezpieczenie, względnie drugiego płuca od rozwinięcia się w niem gruźlicy (profilaktyka), posiada ono do dnia dzisiejszego wartość. Pozostaje to jednakże w ścisłym związku z zachowaniem przy tej terapji wskazówek jakie wydały liczne spostrzeżenia badaczy nad złotem, a zwłaszcza nad kwestją jego dawkowania i odpowiedniego dobrania przypadków. Przy niektórych więc pozostałych postaciach gruźlicy przewlekłej, mamy już wytworzone to odgraniczenie łączno-tkankowe, od strony dostępu przez naczynia krwionośne, tak że te ogniska komunikują się natomiast ze światem zewnętrznym, za pośrednictwem różnego rodzaju oskrzeli.

Przez te połączenia właśnie wydostają się wielkie masy plwociny, zawierające duże ilości laseczników Kocha. Widząc więc z powodów wyłuszczonych, niedostateczność osiągniętych wyników, przy dotychczasowem dożylnem stosowaniu złota postanowiliśmy zastosować preparat złota aurosan (= sanokryzyna), wraz z pewną mieszaniną innych środków, na drodze zupełnie bezpośredniej, wprowadzać go po przez drogi oddechowe wprost do płuc. Mieliśmy przytem na uwadze, że złoto w tym związku jest dość mocno związane, tak, że nie daje ono w wodnych rozczynach, zwykłych odczynów złota, nie działa również strącająco na białko. Przy tej metodzie bezpośredniej część jego dostaje się wprost do błony śluzowej dróg oddechowych, ulegając w niej wessaniu, dostaje się w następstwie do krwi i krążąc w niej przez pewien czas, nie ulega żadnym wyraźniejszym zmianom a dopiero dostając się do właściwych zmian, czy też jego otoczenia, wywiera swoje działanie. Najważniejsza jednak część złota, przy tym sposobie stosowania, dostaje się wprost do płuc i co jest bardzo znamienne, ten preparat złota ulega zmianom i przekształceniom chemicznym dopiero w samych ogniskach gruźliczych, warunkując tem swe właściwe działanie. To charakterystyczne działanie tego

złota, dopiero w samych ogniskach chorobowych, wynika z samej jego budowy chemicznej; jest ono uwarunkowane trwałem związaniem jonu złota, gdy np. niektóre proste i łatwo jonizujące się związki złotowe jak chlorek złota i inne, powodują, wszystko jedno w jakiej postaci podane, odczyn ze strony naczyń krwionośnych, czy też błony śluzowej, tak że zupełnie nie dochodzą do miejsc przeznaczenia.

Moment ten ma podstawowe znaczenie w naszych poczynaniach, bo aczkolwiek złoto nie jest specjalnym jadem tkankowym, to jednak jest bardzo ważne by możliwie całkowita jego ilość została skierowana na właściwe ogniska gruźlicze a natomiast drogi któremi on przechodzi były możliwie ochronione od tego działania.

Niewielka część złota ulegająca w tych drogach wessaniu, wywiera nawet korzystny wpływ, bo przez nie bardzo szybko ulega wessaniu do krwi i zostaje wyładowywane w miejscu zagrożonem, zupełnie świeżem, co ma dość duże znaczenie przy przewlekłych postaciach gruźlicy, gdzie mamy obszerne zajęcie płuca jednego i gdzie przez dłuższy kontakt z temi zmianami drugiego płuca mogłaby się sprawa przerzucić na drugie. W tym momencie więc, ta pewna ilość, wskutek wessania, krążącego złota we krwi, spełnia rolę jakby stróża, strzegącego możliwie dokładnie rozwinięcia się sprawy gruźliczej na innem nowem miejscu. Jednakże to dobroczynne działanie, jest tylko uboczną rolą złota, najważniejsze zaś jego działanie to jest zadziałanie wprost na ogniska gruźlicze co jednak może mieć miejsce przy zmianach, mających łączność z oskrzelami. Przy braku tego połączenia, znaczenie tej metody nie upada, ponieważ: 1) ilość przypadków gruźlicy płucnej, nie mającej łączności z oskrzelami jest stosunkowa mała, 2) przy tych przypadkach braku połączenia z oskrzelami, istniejąca zazwyczaj sprawa przewlekła. nie daje specjalnych czynnych przejawów, 3) nawet jednak i w tych izolowanych zmianach ogniskowych, działanie złota może wywierać wpływ dodatni, bo jak wykazały szczegółowe badania doświadczalne, błona śluzowa tchawicy i oskrzeli, jest szczególnie wrażliwa na procesy resorbcyjne, czyli że ilość złota przedostająca się tą drogą do krwi, może spełnić całkowicie swe działanie, ze względu na wybiórcze powinowactwo złota do ognisk gruźliczych.

Zachodziłaby jeszcze kwestja dawkowania, naturalnie że przy stosowaniu złota metodą inhalacyjną, trudno jest z całą pewnością orzec, jaka jego ilość w rzeczywistości dostaje się do właściwych zmian gruźliczych. Możemy jednak stwierdzić, że w każdym bądź razie ilość ta będzie mniejsza, aniżeli dostarczona do dróg oddechowych, ponieważ pewna jego ilość przy przechodzeniu ulega zresorbowaniu. Nie zmienia to jednak zasadniczej sprawy, ponieważ i tak do dnia dzisiejszego, kwestja dawkowania złota, a zwłaszcza w sensie rozstrzygnięcia odpowiedniej, koniecznej ilości złota, dla zabicia prątków w organizmie, nie została dotychczas ostatecznie rozstrzygnięta. Jest to tylko wynikiem tego, że działanie farmakologiczne złota w organizmie ludzkim nie zostało całkowicie poznane. Kwestję samego dawkowania, poruszymy na innem miejscu.

Dok. nast.

Wł. ELMER i L. PTASZEK. Lwów.

Wpływ insuliny na przebieg kliniczny choroby Basedowa powikłanej cukrzycą.

Z Oddz. wewn. Polikl. i Zak. Patol. Ogólnej i Doświad. U. J. K. we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. M. Franke

W przeciwieństwie do dawniejszych liczb statystycznych, wykazujących występowanie cukrzycy w chorobie Basedowa do 3% (Stattler 1), Diennot 2), nowsze statystyki świadczą o rzadkości tych przypadków (Noorden i Isaac 3), Fitz 4). Dość wspomnieć, że Fitz 4) mógł na 1800 przypadków choroby Basedowa kliniki Mayo spostrzegać tylko 9 przypadków cukrzycy, a inni autorowie rozporządzający wielkim materjałem klinicznym, jak Naunyn 5) czy Umber 6) nie mieli sposobności wogóle spotykać przypadków tego rodzaju.

Tem się też tłumaczy, że spostrzeżenia poczynione nad tymi przypadkami nie są liczne, a w szczególności nad zachowaniem się ich przebiegu klinicznego pod wpływem insuliny. Z dostępnego nam piśmiennictwa znane są nam 3 przypadki choroby Basedowa powikłane cukromoczem, w których badano szczegółowo wpływ insuliny na ich przebieg kliniczny.

W przypadku Lepine'a i Purturier'a 7) insulina w małych dawkach spowodowała w przeciągu kilkunastu dni bardzo znaczną poprawę objawów choroby Basedowa ze spadkiem przemiany spoczynkowej łącznie oraz zniknięcie cukromoczu. Należy jednak podnieść, że ocena wpływu insuliny na przebieg kliniczny tego przypadku jest o tyle utrudniona, że przemiana spoczynkowa nie była podwyższona, cukromocz był nieznaczny, a cukier we krwi prawidłowy. W przypadku Merklena, Wollfa i Kaysera 8) przyszło również pod wpływem insuliny do bardzo wybitnej poprawy zarówno objawów choroby Basedowa, jak i cukrzycy. Badania przemiany spoczynkowej nie przeprowadzono. W przypadku Charwata 9) insulina wykazała działanie rozszczepione t. j. dodatni wpływ na przebieg kliniczny choroby Basedowa bez większej poprawy cukrzycy, na którą chora zginęła wśród objawów śpiączki. Zasługuje na uwagę, że równolegle z poprawą objawów klinicznych choroby Basedowa, przemiana spoczynkowa opadła z + 26% do poziomu prawidłowego (+ 8%).

Z kolei pozwolimy sobie przedstawić nasz przypadek choroby Basedowa z powikłaniem cukrzycowem, który mieliśmy sposobność badać przez dłuższy czas.

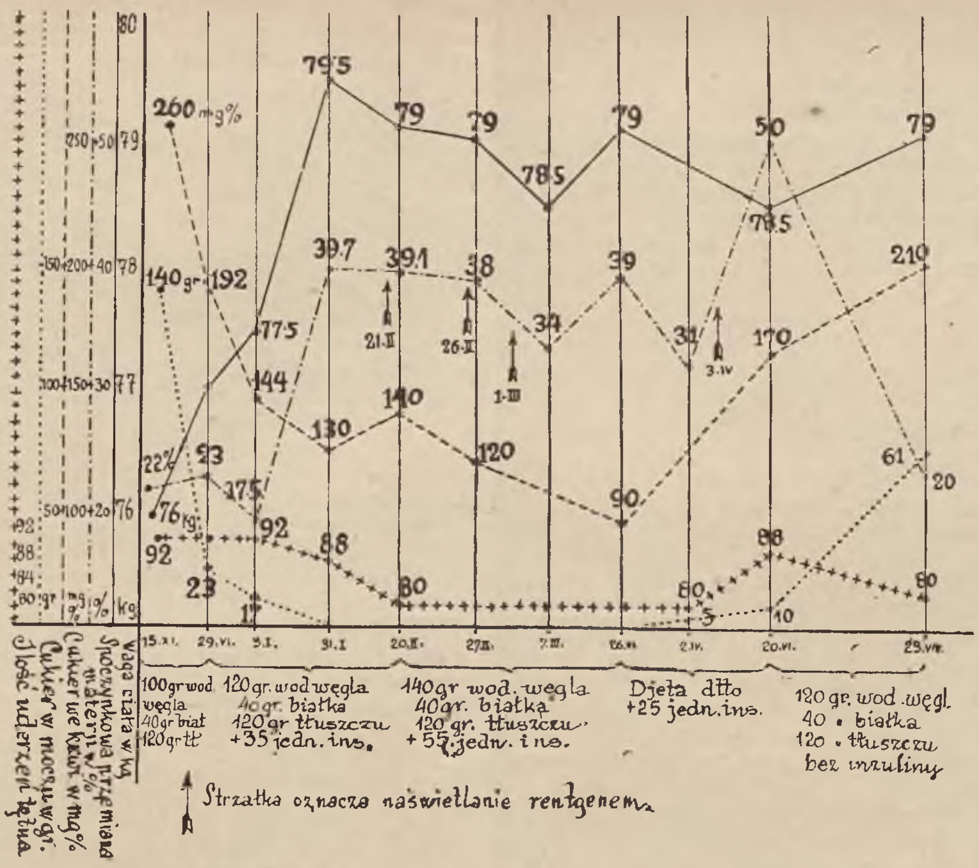
Chora l. 58, cierpi od lat kilkunastu na chorobę Basedowa, do której dopiero od lat 2-ch dołączyły się objawy cukrzycy. Z 4-ga dzieci troje posiada wól, łączący się u jednej z córek z wyraźnymi objawami choroby Basedowa. Chora skarży się na bardzo wybitne ogólne osłabienie, niepokój, bezsenność, bóle głowy, występujące od czasu do czasu uczucie gorąca, biegunki, pocenie się rozlane, bicie serca, pozatem na wilczy głód, pragnienie i ciągłą potrzebę oddawania moczu. Chora w krótkim czasie straciła 14 kg wagi ciała.

Badanie z dnia 15. XI. 1927 wykazuje: bardzo wybitny wytrzeszcz gałek ocznych, Graefe, Moebius i Stellwag również bardzo wybitne, wól dość oporny, obwód szyi 41.5 cm^3, drżenie palców i rąk, silnie zaznaczająca się dermografja. Czynność serca miarowa, przyśpieszona, tony czyste; tętno silnie napięte, miarowe, 92 uderzeń na minutę.

Mocz wodojasny, w ilości 3.500 cm^3 na dobę, 140 g cukru dobowego NH_3 3,74 g na dobę, ciała ketonowe nieobecne, osad skąpy bez zmian. Badanie krwi: cukier we krwi 260 mg %, próba Rothery ujemna, zapas zasad 65,8% CO_2, 2.8 mg % kwasu moczowego cytologicznie: 4,760.000 ciałek czerwonych, 7.400 ciałek białych. HB. 97, wskaźnik 1,03; morfologicznie: 66% obojętnochłonnych, 4,5% eozynochłonnych, 7,5% monocytów, 22% limfocytów.

Przemiana spoczynkowa 22%, współ. oddech 0,82.

Przebieg leczniczy (patrz ryc.). Pod wpływem leczenia czysto dietetycznego (100 g wodanów węgla, 35 g białka, 120 g tłuszczu) cukromocz opadł z 140 g na 23 g, cukier we krwi z 260 mg% na 192 mg % (15. XI. — 29. XI.). Objawy choroby Basedowa z przemianą spoczynkową łącznie pozostały niezmienione W czasie od 29. XI. 1927 do 18. IV. 1928 chora pobierała przy diecie 140 g wod. węgla, 35 g białka i 120 g tłuszczu leczenie insulinowe, które chora znosiła bardzo dobrze. Po kilku tygodniach (31. I.) cukromocz znikł, cukier we krwi opadł bardzo wybitnie do 140 — 130 mg %, osiągając w ciągu dalszego leczenia poziom prawidłowy (90 mg %). Ani razu nie wystąpiły objawy niedocukrzenia. Równolegle z poprawą cukrzycy poprawiły się bardzo wybitnie niektóre objawy choroby Basedowa. Ogólny niepokój, skłonność do płaczu, bezsenność, bóle głowy, uczucie gorąca, pocenie się, biegunki i bicie serca ustąpiły zupełnie. Drżenie rąk znacznie się zmniejszyło, ilość uderzeń tętna z 92 opadła do 80. Pozostałe objawy choroby Basedowa jak wól, objawy oczne, nie uległy poprawie. Wspólne objawy dla choroby Basedowa i cukrzycy jak ogólne osłabienie i wzmożone uczucie głodu ustąpiły również; spadek na wadze został powstrzymany, chora zyskała około 2,5 kg. Przemiana spoczynkowa po przejściowym spadku z + 23% na + 17,5% (29. VI. — 3. I.) podniosła się prawie podwójnie, dochodząc blisko do + 40%. Limfocytoza nie zmieniła się. Trzykrotne naświetlenia promieniami roentgena (21. II., 26. II., 1. III.) tarczycy i grasicy nie zdołały znaczniej obniżyć podwyższonej przemiany spoczynkowej, czwarte zaś z rzędu naświetlenie (3. IV.), przeprowadzone w okresie zmniejszenia dawek insuliny, spowodowało bardzo silny wzrost przemiany spoczynkowej do + 50%, który utrzymywał się przez dłuższy czas, przyczem równolegle z tem wróciły niektóre dawniejsze objawy choroby Basedowa, zarówno podmiotowe (bicie serca, bóle głowy), jak i przedmiotowe (tętno wynosiło 92 uderzeń). Z powodu tego wzrostu przemiany spoczynkowej i pogorszenia objawów klinicznych choroby Basedowa, nie kontynuowaliśmy leczenia rentgenowskiego. Od 20. VII. do 23. VIII. chora nie pobiera wstrzykiwań insulinowych, pozostając w leczeniu wyłącznie dietetycznem. Cukromocz i cukier we krwi podniosły się znacznie, waga 80 kg, tętno 80 uderzeń, przemiana spoczynkowa + 20% (23. VIII.).



Jak widzimy, insulina wpłynęła dodatnio zarówno na cukrzycę, jak i na niektóre objawy Basedowa. Na podkreślenie zasługuje spostrzeżenie, że insulina po przejściowym i nieznacznym spadku przemiany spoczynkowej *spowodowała później wybitny i przez cały czas leczenia insulinowego utrzymujący się wzrost przemiany spoczynkowej, któremu nie odpowiadało wcale pogorszenie się objawów choroby Basedowa;* ale przeciwnie wiele jej objawów podmiotowych i przedmiotowych uległo bardzo znacznej poprawie. Natomiast w okresie wzrostu przemiany spoczynkowej do + 50% pod wpływem leczenia rentgenowskiego nastąpił równolegle z tem nawrót niektórych objawów choroby Basedowa. W okresie zaś odstawienia insuliny przemiana spoczynkowa powróciła do pierwotnego poziomu. Wiemy również na podstawie badań wielu autorów jak i naszych, że w przebiegu bardzo silnej poprawy cukrzycy, leczonej insuliną, nastepuje pod jej wpływem niekiedy nawet bardzo wysoki wzrost przemiany spoczynkowej. Nasze spostrzeżenia tedy wskazują na to, że w przypadkach choroby Basedowa, powikłanych cukrzycą, w których zachodzi wskazanie do leczenia insulinowego, wzrost przemiany spoczynkowej nie świadczy o wpływie ujemnym insuliny na chorobę Basedowa, nie stanowi przeciwwskazania do kontynuowania leczenia insuliną, przyczem kontrola przebiegu klinicznego choroby Basedowa nie może się w takich przypadkach opierać na badaniu przemiany spoczynkowej.

Ubocznie chcemy zaznaczyć, że w przypadku naszym mamy do czynienia najprawdopodobniej nie z przypadkowem zejściem się choroby Basedowa i cukrzycy, lecz z cukrzycą tarczyco-pochodną *(diabetes insulinaris thyreogenes).* Albowiem choroba Basedowa występowała u naszej chorej od wielu lat, do której dopiero z czasem dołączyła się cukrzyca. Pod wpływem przewagi hamującego działania tarczycy przyszło do czynnościowego a z czasem zapewne histologicznego uszkodzenia narządu wysepkowego.

Piśmiennictwo.

1) H. Stattler: Die Basedowsche Krankheit. In Graefe-Sämisch. Hdb. I. Leipzig 1909—1911. — 2) Diennot: Thèse de Lyon. 1898/99. Cyt. według Le Gendre. Diabète sucré. (Nouveau Traite de Méd. VII). — 3) Noorden i Isaac: Die Zuckerkrankheit. Berlin. 1927. — 4) Fitz: Arch. intern. med. 27, 305, 1921. — 5) Naunyn: Diabetes Mellitus, Wien 1906. — 6) Umber: Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten. Berlin. 1925. — 7) Lépine i Parturier: Soc. Biol. 90, 269, 1924. — 8) Merklen, Wolf i Kayser: Soc. Méd. Hôp. Paris. 1924. 17 oct. — 9) Charvát: Casop. lék. cesk. 1926, 39.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Karol PIOTROWSKI. Kalisz.

Mięśniak części pochwowej macicy, jako przeszkoda porodowa.

Mięśniaki, wychodzące z części pochwowej macicy, należą do wielkiej rzadkości. Do r. 1910 przypadków takich ogłoszono zaledwie 29 (Kolb). W późniejszych zestawieniach statystycznych (Gneissar) liczba ta wzrasta do 100. W polskiem piśmiennictwie 2 przypadki mięśniaków części pochwowej ogłosił Weinberg. Jeden przypadek z materjału lwowskiej kliniki miałem sposobność przedstawić w 1926 r. na posiedzeniu lwowskiego T-wa ginekologicznego. Wreszcie jeden przypadek przedstawił Raszkes w warszawskiem T-wie ginekologicznem w roku bieżącym. Ten ostatni przypadek atoli budzi pewne wątpliwości, czy nie był to raczej mięśniak szyi macicy.

Opisane przypadki stwierdzono poza ciążą lub w czasie ciąży.

Natomiast przypadki mięśniaków części pochwowej stwierdzone podczas porodu i stanowiące przeszkodę porodową należą do wyjątków (Pohl, Wertheim).

Z tego też powodu pozwalam sobie opisać podobny przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w swej praktyce prywatnej.

Dnia 4. IX. b. r. wezwano mię do porodu do miejscowości odległej o 10 kilometrów od Kalisza. Po przybyciu na miejsce dowiedziałem się, że przed 3 dniami odeszły wody a bóle rozpoczęły się dopiero jedną dobę później. Z początku były bóle słabsze a od kilkunastu godzin bardzo silne. Położna badała rodzącą kilkakrotnie i rozpoznała położenie pośladkowe.

Rodząca, wieloródka, l. 34, rodziła 2 razy, pierwszy raz w położeniu główkowem, drugi raz przed 6 laty w pośladkowem.

Ostatnia miesiączka z końcem grudnia 1927 r. Badanie zewnętrzne bardzo utrudnione z powodu napięcia i bolesności macicy. Język podsychający, ciepłota 38,2°, tętno 120'. Tętno płodu głuche, nieregularne, bardzo wolne. Smółka odchodzi w obfitej ilości. Wymiary miednicy: d. spin. 23, crist. 25, d. troch. 30, c. ext. 19. Badaniem wewnętrznem stwierdziłem, że miednica mała wypełniona jest guzem kulistym, gładkim, elastycznym, istotnie łudząco przypominającym pośladki. Dopiero badając połową ręki, mogłem przejść pomiędzy lewą ścianą miednicy a guzem znacznie wyżej, tak że doszedłem do główki i stwierdziłem, że jest ona mocno przyparta do wchodu. Badając prawą połowę miednicy przekonałem się, że guz przechodzi bezpośrednio w sklepienie i stwierdziłem, że górny jego biegun uwięzgnięty jest pomiędzy główką a kośćmi miednicy.

Na podstawie tego badania rozpoznałem mięśniaka wychodzącego z części pochwowej macicy, stanowiącego przeszkodę porodową.

Stan matki jakoteż i płodu wymagał niewątpliwie natychmiastowego ukończenia porodu zwłaszcza, o ile szło o uratowanie dziecka, to trzeba się było spieszyć, gdyż spodziewać się należało, iż lada chwila płód obumrze.

W czasie przygotowań do ewentualnego zabiegu zastanawiałem się w jaki sposób mam rodzącą rozwiązać.

Niestosunek porodowy spowodowany wielkością mięśniaka kazał myśleć nawet o cięciu cesarskiem. Nie był to zabieg zachęcający z uwagi na stan matki (ciepłota 38,2°, tętno 120', suchy język). Dlatego z miejsca odrzuciłem myśl wykonania cięcia cesarskiego a to tem więcej, że miejscowe warunki nie pozwalały na wykonanie tego zabiegu, rodzina zaś nie chciała się zgodzić w żaden sposób na przewiezienie rodzącej do szpitala.

Założenie kleszczy wysokich nie było zabiegiem zachęcającym. Bo chociaż należało się liczyć z ścieśliwością mięśniaka do pewnego stopnia, to jednak objętość jego była tak znaczna, że mimo nawet znacznej ścieśliwości, nie można było się spodziewać, aby niestosunek porodowy zmniejszył się do tego stopnia, abym mógł urodzić dziecko żywe.

Myślałem o ściągnięciu guza ku dołowi, a następnie o przecięciu jego szypuły i usunięciu w ten sposób przeszkody porodowej. Wprawdzie zdawałem sobie z tego sprawę, że po przecięciu szypuły może powstać krwotok z przeciętych naczyń, okłucie których byłoby trudne przed urodzeniem płodu. Spodziewałem się jednak, że gdy ściągnę kleszczami główkę ku dołowi, to ona zaciśnie naczynia przeciętej szypuły, tak że krwotoku nie będzie.

Odrzuciłem atoli i tę myśl a to z powodu niemożności dostania się do szypuły guza.

Postanowiłem zatem we wziernikach łyżkowych odsłonić guz, naciąć na nim błonę śluzową i wyłuszczyć go. W ten sposób, usunąwszy przeszkodę porodową, mógłbym wydobyć płód kleszczami i dopiero później zaopatrzyć ranę powstałą po wyłuszczeniu guza. Ten sposób postępowania uznałem za najlepszy.

W chwili mych rozważań stwierdziłem atoli zupełny brak tętna płodu. Sytuacja więc zmieniła się zupełnie. Odpadło bowiem wskazanie do operacji kleszczowej i wobec tego postanowiłem rozwiązać rdzącą zapomocą wymóżdżenia płodu już obumarłego. Postąpiłem zaś w sposób następujący: uchwyciłem guz mocnemi trakcjami, zciągnąłem go silnie ku dołowi i ku stronie prawej, przez co uzyskałem wolniejszy dostęp do główki. Wykonałem wymóżdżenie w sposób typowy i nie bez pewnych trudności ściągnąłem główkę do miednicy a następnie wytoczyłem ją na zewnątrz.

W czasie wydobywania główki wytoczył się przez szparę sromową równocześnie cały guz. Stało to się niewątpliwie dlatego, że przez ściągnięcie główki ku dołowi zyskała na ruchomości szyja macicy a wraz z nią i guz.

Po wydobyciu płodu z łatwością już mogłem stwierdzić że guz istotnie wychodzi z części pochwowej a mianowicie z przedniej jej wargi, która stanowiła krótką, na 3 palce szeroką szypułę mięśniaka.

Usunięcie guza oczywiście nie przedstawiało już większych trudności. Kułociągiem ściągnąłem część pochwową przez szparę sromową, okroiłem okrężnie błonę śluzową i odsunąłem ją ku górze, szypułę przeciąłem, krwawiące naczynia okłułem a brzegi rany spoiłem szwami węzełkowemi. Po odcięciu znikło napięcie i obrzęk guza, tak że objętość jego wskutek tego znacznie zmalała. Mimo to dochodził jeszcze do wielkości dużej pomarańczy. Łożysko odeszło po 30 min. samoistnie w całości. Połóg przebiegał bez powikłań.

Zamknięcie dróg porodowych przez głęboko usadowione mięśniaki zdarza się częściej w przypadkach mięśniaków wychodzących z szyi macicy. W przypadkach tych niektórzy autorowie polecają postępowanie zachowawcze, gdyż częstokroć podczas porodu guzy takie cofają się i poród przebiega siłami natury. Niektórzy atoli (A l b r e c h t i inni) polecają i w tych przypadkach wykonanie cięcia cesarskiego i to zaraz na początku porodu, gdyż nie zawsze można przewidzieć, czy guz istotnie cofnie się, a przez zbytni konserwatyzm można opuścić moment dogodny do wykonania cięcia cesarskiego.

W przypadkach mięśniaków wychodzących z części pochwowej oczywiście nie może być mowy o cofnięciu się guza w czasie porodu, postępowanie więc musi być wyłącznie chirurgiczne. Usunięcie guza przez pochwę podczas ciąży lub na początku porodu nie przedstawia technicznych trudności.

Trudności mogą powstać dopiero w II okresie porodowym gdy, jak to było w opisanym przypadku, szypuła guza zostanie uwięźnięta pomiędzy główką a ścianą miednicy, tak że dostęp do niej stanie się niemożliwy.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Tadeusz BILIKIEWICZ. Kraków.

O instytucie historji medycyny w Lipsku.

Lipski Instytut historji medycyny jest jednym z największych i najbogaciej wyposażonych zakładów tego rodzaju na świecie. Założony został w r. 1905 z fundacji małżonków Puschmann i rozbudowany następnie przez jego pierwszego kierownika Prof. Sudhoffa, w ciągu jego 20-letniej pracy. Od jesieni 1916 r. zakład posiada wygodne pomieszczenie obejmujące w całości 480 qm. i składające się z 13-tu ubikacyj. W ostatnich czasach zresztą okazuje się zakład jednak zbyt mały i to nie tylko z powodu znacznego powiększenia się zbiorów i bibljoteki, lecz przedewszystkiem z powodu reformy organizacji studjów, którą się jeszcze dokładniej zajmiemy. W roku 1925 został następcą Prof. Sudhoffa obecny dyrektor zakładu, Prof. Sigerist z Zürichu. Jego to serdecznej uprzejmości zawdzięczam, iż mogłem zakład lipski w ciągu trzech tygodni najdokładniej poznać, a zarazem zapoznać się z planami oraz ideami przewodniemi, będącemi właśnie w pełnym toku urzeczywistnienia się.

Poprzedni dyrektor zakładu ma olbrzymie zasługi i to nietylko około zorganizowania, co więcej nawet utworzenia instytutu, ale przedewszystkiem dzięki swej pisarskiej pracy.

Za jego czasów instytut był pierwszorzędną placówką naukową dla badań historyczno-lekarskich (Forschungsinstitut), bez żadnych szerzej rozumianych aspiracyj pedagogicznych.

Rozwojowi instytutu sprzyjało przedewszystkiem znakomite materjalne jego uposażenie. Dzięki temu instytut pochwalić się może dzisiaj ogromnemi zbiorami oraz bibljoteką liczącą około 20.000 dzieł. Z pośród zbiorów wymienić należy dużą kolekcję rękopisów (w roku 1922 było ich przeszło 20.000 kartek, ułożonych w 346 dziedzinach), dalej zbiory portretów, fotografji, diapozytywów i t. p. Katalogowanie książek i zbiorów posuwa się naprzód, co jest umożliwione dużą (w porównaniu z naszemi stosunkami) ilością pracowników. Instytut posiada następujący personal etatowy: Prócz dyrektora, dwóch asystentów (Dr. Temkin i Dr. Hirschfeld), osobna sekretarka, osobna bibljotekarka specjalnie wykształcona, oraz służący - laborant, zajęty równocześnie jako fotograf zakładowy. Zwłaszcza duża ilość sił pomocniczych stanowi ogromne odciążenie techniczne dla sił naukowych zakładu i sprzyja tem samem pomyślnemu jego rozwojowi, a pośrednio i płodności naukowej zajętych w nim sił naukowych. Te ostatnie mają też możność wyłącznego oddania się swemu przedmiotowi, a to zarówno dzięki wystarczającej płacy, jak i dzięki wygodnym warunkom pracy w samym zakładzie. Wolni od trosk materjalnych, mają możność swobodnego korzystania z materjałów nietylko samego zakładu, ale i uniwersytetu wogóle. Każde dzieło, którego w bibljotece zakładowej brak, może być bezpłatnie zamówione z bibljoteki uniwersyteckiej i dostarczone następnego dnia do zakładu. W razie, gdy i bibljoteka uniwersytecka w Lipsku danem dziełem nie rozporządza, zamawia się dane dzieło, również na koszt instytutu, który na ten cel posiada fundusze, z innych bibliotek uniwersyteckich w Niemczech. Stanowi to ogromne ułatwienie techniczne dla każdego pracującego naukowo, gdy z jednej strony ma zabezpieczony byt materjalny, a z drugiej strony nie jest zmuszony zbyt wiele energji poświęcać zdobyciu materjałów do opracowywania tematu naukowego.

Zanim przejdę do szczegółowszego przedstawienia toku pracy naukowej i pedagogicznej zakładu, pragnąłbym w paru słowach scharakteryzować stanowisko obecnego jego kierownika, Prof. Henryka E. Sigerista wobec zadań historji medycyny, jako przedmiotu uniwersyteckiego oraz jako jednego z działów ogólnej medycyny. Nie ulega bowiem najmniejszej wątpliwości, że indywidualność obecnego dyrektora zakładu jest jego duchem twórczym i kierowniczym. Młody, bo 38-letni, pełen temperamentu, zapału i inicjatywy Szwajcar, mający już za sobą bardzo poważną twórczość historyczno - medyczną, różni się swemi poglądami zasadniczo do swego poprzednika, choć działalność jego w pełni uznaje. Uwagę swą zwrócił na dokonywujący się w naszych oczach przełom w medycynie, widoczny w różnych jej dziedzinach. Z jednej strony załamanie się czystego materjalizmu i zwrot ku kierunkom filozoficznym bardziej uduchowionym, a z drugiej strony niemoc le-

karza, gdyż życie żąda od niego wcielenia w praktykę wyznawanych teorji, wskazały Sigristowi jasno, iż musi się wytworzyć jakaś gałąź medycyny, któraby dla młodego lekarza opuszczającego mury uniwersyttu, stanowiła łącznik między wiadomościami czysto teoretycznemi, a ich praktycznem zastosowaniem w życiu. Za tę gałąź medycyny uznał Sigerist historję medycyny, lecz należycie ujętą. Powołanie jej do współpracy może tylko wówczas liczyć na powodzenie, gdy się w jej martwy (encyklopedyczno - bibljograficzny) sposób ujmowania wleje fizjoficznego ducha. W ten sposób przetworzy się przedmiot suchy na żywą krynicę mądrości, której pragnie przeładowany nadmiarem faktów medyk. W tem ujęciu historja medycyny jest w stanie dać jej miłośnikom praktyczną, życiową korzyść, a to chociażby przez wykazywanie, iż medycyna tylko wówczas dochodziła do wyników, gdy teorja i działanie szły na rękę. Zgłębianie dziejów medycyny może też wyjaśnić, w jakim punkcie rozwojowym medycyny znajdujemy się obecnie i jaką drogą nam iść wypada, oraz których dróg unikać należy. Tu zużytkować należy pewne prawa i zasady rozwojowe, te zaś dadzą się tylko wówczas wykryć lub założyć jeśli dzieje medycyny nie będą dziejami luźnych faktów, lecz dziejami idei przewodnich, które w przebiegu stuleci kształciły się i rozwijały, by doprowadzić wreszcie do końcowego triumfu. Do zadań historji medycyny należy atoli zarazem odnajdywanie i odświeżanie idei uległych zapomnieniu, a to przez studjum klasyków medycyny, (t. j. najwybitniejszych autorów, jacy są znani w historji), przyczem wciąż winna przyświecać tego rodzaju poszukiwaniom myśl, że nie o gromadzenie suchych faktów chodzi, lecz o robienie z nich użytku w wyłożonem wyżej znaczeniu. W ten sposób może się stać przedmiot pozornie martwy ożywieniem medycyny.

Jakże teraz wygląda praktycznie wcielanie w życie tych niewątpliwie słusznych zasad Prof. Sigerista w jego zakładzie? Przedewszystkiem chodzi o wychowanie w tym duchu młodzieży. Aby jednak mieć możność oddziaływania na młodzież, trzeba ją przyciągnąć. Dla medyków z okresu przedklinicznego wprowadził Sigerist za w z o r e m i n n y c h historyków medycyny propedeutykę lekarską, pragnąc tu uzupełnić lukę, jaka istnieje w dzisiejszym planie nauki, polegającą na tem, iż medyk w ciągu pierwszych 3-ch lat nie słyszy nic lub niemal nic o chorobie lub o pacjencie, choć zapisał się po ukończeniu gimnazjum z tą piękną myślą, by chorym nieść pomoc. By więc medyk prócz wiadomości czysto przyrodniczych otrzymał jeszcze coś, coby przybliżyło go do właściwej medycyny, coby go zwolna wprowadziło w kontakt z najistotniejszym przedmiotem medycyny, tj. z chorym człowiekiem, zawierają wykłady propedeutyki lekarskej (Einführung in das Studium der Medizin) ogólne wiadomości o chorobie i cierpieniu, o warunkach powstania choroby i zasadach zachowania się lekarza. Ponadto w najogólniejszym zarysie logika i filozofja medycyny oraz psychologja lekarska. Dla medyków w latach klinicznych wykładana jest historja medycyny (2 godz. tygodniowo), przyczem szczególnie się uważa na to, by wykładu nie przeładowywać materjałem, a raczej zmuszać słuchaczy do myślenia przez śledzenie rozwoju medycyny w ramach powszechnych dziejów.

Oprócz tych zasadniczych wykładów miewa Prof. Sigerist lub jego współpracownicy odczyty na rozmaite tematy z zakresu filozofji medycyny, lub specjalne historyczno-medyczne. Parę przykładów pragnąłbym tu podać: Medycyna i religja, rola choroby w dziejach, dalej specjalne odczyty o Leonardzie da Vinci, o Paracelsie, o Carus'ie. Odczyty te odbywały się przeważnie w budynku uniwersyteckim i uczęszczane były przez słuchaczy wszystkich wydziałów.

Uzupełnieniem tych wykładów i to uważanem za jądro całego nauczania są ćwiczenia seminaryjne. Dla ilustracji podam tu krótko plan ćwiczeń seminaryjnych w semestrze zimowym 1928—1929: Dla medyków przedklinicznych półroczy lektura i omawianie wybranych rozdziałów z pism źródłowych, a mianowicie ustępy (w niemieckiem tłumaczeniu) z dzieł Galileusza, Newtona, Lavoisiera, Wöhlera, Pasteura, Goethego, Lamarcka, Mendla, Harvey'a, Johannes Mullera i innych. Dla medyków klinicznych semestrów projektowany jest oryginalny temat, pod tyt. „Istota i dzieje nieakademickiej medycyny", a więc takich metod leczniczych, jak homeoterapja, biochemja, antropozofja, Christian science, coueizm, przyrodolecznictwo i t. d. Będzie tu chodziło o to, by różne te kierunki genetycznie i w ramach ogólnej kultury ująć i zbadać socjologiczne przejawy t. zw. partactwa. Co więcej, poszczególni przedstawiciele tych kierunków mają być sami dopuszczeni do głosu w seminarjum, lub też wspólnie ma się odwiedzać ich wykłady. Tematy te mają być następnie przedmiotem wspólnego omawiania i dyskusji. To ostatnie zapowiedziane jest jako nowość na zbliżający się rok szkolny. W ubiegłym roku program był pod tym względem o tyle podobny, iż również obierano pewien temat, np. zagadnienie „kultura a choroba", poczem toczyły się żywe dyskusje. Studenci miewają tu referaty i mają sposobność wypowiadać swe zapatrywania całkiem otwarcie. Pobudza to niewątpliwie do samodzielnego myślenia i zaprawia w sztuce bronienia własnego punktu widzenia. Na te ćwiczenia seminaryjne uczęszczają prócz medyków też słuchacze innych wydziałów. Na nadchodzący semestr zimowy zapowiedziana jest prócz tego lektura wybranych dzieł Hippokratesa, w tym roku np.

περὶ ἀέρων, ὑδάτων, τόπων.

Tu wymagana jest znajomość języka greckiego i łacińskiego.

Co dwa tygodnie w ostatnim roku szkolnym odbywały się wieczory dyskusyjne z udziałem nieraz do 100 uczestników i to oprócz studentów medycyny też lekarzy i docentów. W zimowym semestrze (1926 — 1927) odbywały się np. następujące odczyty:

Dr. J. D. Achelis (Lipsk): Nauka Paracelsa o zdrowem życiu,

Prof. Rich. Koch (Frankfurth n. M.): Prawo natury i wolność w medycynie,

Prof. Kulenkampff (Zwickau): Wolność woli, przyczynowość, a lekarz,

Dr. Gunther Ipsen (Lipsk): Goethego nauka o barwach,

Dr. H. Wapler (Lipsk): przyrodniczo-krytyczna homeopatja w jej dziejowym rozwoju i jej celach,

Dr. L. Nell (Kassel): Antropozofja a lecznictwo,

Dr. M. Vogel (Drezno): Krzewienie higjeny wśród ludu, jako zagadnienie higjeny i stanu lekarskiego.

W letniem półroczu zaś:

Dr. Scheer (Lipsk), (dziś już nie żyjący),:Myśli przewodnie w działalności Leonarda da Vinci,

Dr. F. Künkel (Berlin): Tworzenie charakteru w świetle psychologji indywidualnej,

Doc. Dr. fil. A. Meyer (uczeń Driescha Hamburg): Filozofja świata organicznego i jej stosunek do filozofji medycyny,

Prof. Schröder (Lipsk): Eugenika a sterylizowanie.

Każdy z tych tematów był następnie przedmiotem szczegółowszego omawiania ze studentami. Tu chciałbym wtrącić, że wogóle Prof. Sigerist stara się o jaknajdalej idącą łączność ze studentami W tym celu urządzane są wspólne wycieczki i t. p., zamierzona jest nawet wspólna podróż do Włoch — na koszt Instytutu. W zimowym semestrze odbył się też szereg odczytów i to na jeden temat określony, np.: „Podstawy i cele współczesnej medycyny", z współudziałem T. Brugscha, C. Elze'go, L. R. Grote'go, E. Liека, M. Mayera - Grossa. Odczyty te wydano następnie z przedmową H. E. Sigerista (Grundlagen u. Ziele d. Medizin d. Gegenwart, Lipsk (Thieme) 1928). Według planów Sigerista tematy tych odczytów mają być dobierane ze wszystkich dziedzin nauki, wykazujących pewien związek z zawodem lekarskim. Na odczyty te zapraszane są poza lekarzami też i inne osobistości i to nietylko z Lipska, ale i z innych miast. Instytut może sobie na to pozwolić, rozporządza bowiem funduszami, dzięki którym zapłacić może prelegentom nietylko podróż tam i z powrotem, ale i koszta utrzymania w Lipsku. Dla nadchodzącego zimowego semestru przygotowuje Prof. Sigerist cały szereg odczytów i jest właśnie w toku rokowań z poszczególnemi osobistościami. Chciałbym tu przedstawić spis projektowanych odczytów:

1) Prof. Dr. Hans Freyer (Lipsk): Społeczeństwo a lekarz.

2) Prof. Dr. Willy Hellpach (Heidelberg): Lekarz jako obywatel państwa.

3) Nadprokurator państwowy w stanie spoczynku, Prof. Dr. Ebermayer (Lipsk): Lekarz w prawodawstwie.

4) Prof. Dr. A. Grotjahn (Berlin): Lekarskie zadania państwa.

5) Prof. Dr. H. Zanugger (Berlin): Lekarz w służbie państwa.

6) Dr. med. K. Finkenrath (Berlin): Upaństwowienie pacjenta.

7) Ministerialdir. Prof. Dr. A. Gottstein (Charlottenburg): Upaństwowienie lekarza.

8) Lekarz fabryczny (jego osoba jeszcze nie ustalona): Lekarz w życiu.

Jak więc widzimy z tego spisu, uwydatniona tu jest szczególnie rola lekarza w życiu społecznem. Też z poprzednich odczytów wynika, że chodzi tu w całym tym planie o zaznajomienie medyka z temi dziedzinami, z któremi w ciągu swych studjów nie miał sposobności się zetknąć, lub bardzo powierzchownie, a które jednak w późniejszej działalności lekarza posiadają pierwszorzędną wagę. Zastanówmy się chociażby nad działalnością pokatnego lecznictwa, cieszącego się tak ogromnem powodzeniem w ostatnich latach. To ogromne powodzenie musi mieć pewne ugruntowanie, a walka z niem będzie zawsze walką na oślep, jeśli się kierunków tych i metod nie pozna dokładnie. Jeśli się ponadto uwzględni, że przy dzisiejszym systemie nauki lekarz opuszczający mury uniwersytetu zbyt mało jest zarówno teoretycznie, jak i — co gorsza — praktycznie obznajomiony z zasadami chociażby elementarnej

psychoterapji, to rozumie się, że kierunki te uzyskują tak ogromne powodzenie w dużej części z winy lekarzy samych, którzy nie doceniają należycie roli czynnika psychicznego w lecznictwie. To właśnie zaniedbanie stara się przedstawiony plan wyrównać, a ogólnie mówiąc wprowadzić młodych adeptów w jaknajżywszy kontakt z samem życiem.

Dla przyciągnięcia młodych ludzi wprowadził Prof. Sigerist t. zw. członkowstwo instytutu, które się uzyskuje przez opłacenie wkładki 3 marek semestralnie. Pieniądze tą drogą uzyskane przeznacza się głównie na zakupy książek, przyczem uwzględnia się życzenia samych członków przedewszystkiem wyrażane w przeznaczonej specjalnie na ten cel księdze. Każdy członek otrzymuje klucze od zakładu i ma prawo korzystania z wszystkich wyposażeń zakładu, według statutu od 8 rano do 10 wieczór, a w niedzielę i święta od 9 — 1, praktycznie jednak ma prawo wstępu i poza temi godzinami. Każdy członek ma własną szafkę, a ci, którzy pracują naukowo, otrzymują ponadto specjalne miejsce w zakładzie. Dla innych jest zawsze dosyć miejsca w pokoju seminaryjnym. Tu należy zaznaczyć, że bibljoteka zakładu mieści się w osobnej sali, że jednak w pokoju seminaryjnym oraz w pokoju dla doktorandów pomieszczona jest część bibljoteki, a mianowicie dla celów podręcznych. Znaleźć tu można 45 bieżących czasopism (nasze Archiwum też się tu znajduje i cieszyło się za mego pobytu poczytnością jednego czytelnika), a pozatem dzieła ze wszystkich dziedzin, a więc z zakresu ogólnej medycyny, dalej podręczniki naukowe, historja medycyny, historja kultury, wybór klasyków medycyny w niemieckiem tłumaczeniu, dalej dzieła bibliograficzne i szereg innych z zakresu filozofji, psychologji, historji powszechnej i historji rozmaitych gałęzi nauki i t. d. Tutaj też znajdują się katalogi kartkowe, których zestawienie nie jest zresztą jeszcze ukończone. Między członkami spotyka się słuchaczy wszystkich lat medycyny i ukończonych lekarzy, a czasem i słuchaczy innych wydziałów. Między profesorem a słuchaczami panuje szczególna atmosfera zaufania. Dowodem tego jest wzrastająca ilość członków instytutu, i tak:

W półroczu zimowem 1926 — 27 było zapisanych członków	19.
W półroczu letniem było zapisanych członków	30.
W półroczu zimowem 1927 — 28 było zapisanych członków	52.
W półroczu letniem 1928 było zapisanych członków	52.

Nazwiska członków katalogowane są jaknajskrzętniej, co więcej wzrastająca ich ilość przedstawiona jest nawet graficznie. Też byli członkowie pozostają w katalogu, a nawet zapisuje się tam każdą zmianę adresu. Ludzie ci pisują ponadto od czasu do czasu do dyrektora, zawiadamiając go o swych dalszych losach, które też notuje się krótko. W ten sposób utrzymany jest związek między obecnymi i byłymi członkami. Prof. Sigerist szczególnie dba oto, by członkowie nie czuli się w zakładzie opuszczeni i asystenci mają niejako obowiązek zajmowania się nimi, ułatwiania im pracy i t. d. Z tego też względu nie leży w zamiarach Prof. Sigerista dążyć do zbyt wielkiego wzrostu ilości członków (maksimum około 80), gdyż łatwo wytworzyć się może pewnego rodzaju masowe traktowanie ludzi (Massenbetrieb), uniemożliwiające poznanie poszczególnych członków. Do utrzymania związku z byłymi członkami, którzy się następnie oddali praktyce, przyczynić się ma i rocznik zakładu „Kyklos", publikujący prócz prac naukowych dokonanych w instytucie, też sprawozdanie z jego działalności.

Poza tą tak szeroko pojętą działalnością pedagogiczną pracuje się w zakładzie naukowo. Część bliższych współpracowników Prof. Sigerista — oprócz etatowych asystentów wchodzą tu w rachubę asystenci wolontarjusze, też zresztą płatni, lub też inni, którzy pracują naukowo w Zakładzie, nierzadko ludzie z zagranicy — zajęci są pracami z zakresu dziejów kultury. Wydaje się stare teksty, komentuje się ich treść i t. p., a praca ta stanowi dla pracowników zakładu to samo, co kazuistyka i doświadczenie dla patologa. Obecnie Prof. Sigerist pracuje nad niemieckiem tłumaczeniem Hippokratesa, przy współudziale swych asystentów. Wreszcie opracowuje się cały szereg innych tematów i to przy zastosowaniu ścisłych metod, jak np. związek między występowaniem pewnych chorób, a pewnemi wydarzeniami dziejowemi, dalej badanie niektórych wyszłych z użycia środków leczniczych, które mogłyby wejść znowu w zastosowanie. W ten sposób prace zakładu mogą mieć wartość bezpośrednio praktyczną.

Wielka wojna o mało nie podcięła bytu instytutowi. Fundacja Puschmannów, która przed wojną wynosiła około 600.000 marek, podczas inflancji stopniała prawie doszczętnie. Jednakże rząd saski zrozumiał odrazu wielkie znaczenie instytutu i zapewnił mu dotację około 10.000 mar. (w złocie) rocznie prócz rządowego uposażenia wszystkich pracowników zakładu. Obecnie Instytut ma otrzymać nowy specjalny budynek, znacznie obszerniejszy od dzisiejszego, który jest już z a c i a s n y.

A teraz w paru słowach chciałbym streścić plany Prof. Sigerista na przyszłość. Zdaje sobie on sprawę z tego, że organizacja studjów historji medycyny w Niemczech poza Lipskiem jest niezadawalająca. Zwrócił na to uwagę już F. Lejeune w r. 1926 (M. m. W., Nr. 16, S. 660 — 662), podnosząc w słowach brzmiących jakgdyby zazdrością świetny stan tej organizacji w Polsce. Prof. Sigerist wyraża się o stosunkach w Polsce wprost z entuzjazmem, czemu dał zresztą dwukrotnie wyraz i w druku, raz w r. 1927 (M. m. W., Nr. 47, S. 2024), a drugi raz w r. 1928 w roczniku Kyklos (Bd. I. S. 155), gdzie w słowach pełnych entuzjazmu uznał bezsprzecznie przodujące stanowisko Polski. Podkreśla on wielką doniosłość połączenia historji medycyny z filozofją medycyny, dokonanego w Polsce, jak też doniosłość przymusu egzaminacyjnego z tych przedmiotów dla doktorów medycyny. Dążeniem Prof. Sigerista jest wprowadzenie oficjalne organizacji, wzorowanej na stosunkach polskich, i ma on nadzieję, że historja i filozofja medycyny stanie się niebawem przedmiotem obowiązkowym i egzaminacyjnym na wszystkich uniwersytetach niemieckich.

Gdyby porównać na zakończenie stosunki niemieckie z polskiemi, to niewątpliwie przyznać musimy Polsce pierwszeństwo ideowe. Myśl wlania w historję medycyny ducha filozoficznego i powiązania nicią filozoficzną przeszłości z teraźniejszością jest myślą polską. Przekonanie, że historja medycyny ma prawo i obowiązek mówić nietylko o tem co było, ale i o tem co jest, ze stanowiska szerokiego, filozoficznego, jest myślą również polską. Myśli te być może przeszły częściowo z Polski na Zachód.

Z drugiej strony jednak Niemcy przewyższają znacznie Polskę swoim rozmachem materjalnym. Lipski instytut na swoich 480 m^2 powierzchni okazuje się już za ciasnym i ma być niebawem wybudowany nowy.

W Berlinie budują także według specjalnych planów nowy instytut historji medycyny. A w Polsce? Niestety, znane są dobrze usiłowania Prof. Szumowskiego, ażeby zapewnić krakowskiemu zakładowi historji medycyny osobny własny lokal, dotąd pozostające bez realnego wyniku. Tym sposobem Polska łatwo już w najbliższej przyszłości może utracić swoje przodujące stanowisko, o ile u nas stosunki się nie zmienią. Niebezpieczeństwo jest tem wyraźniejsze, że Niemcy posiadają bez porównania więcej pracowników na polu historji mdycyny, a obecnie i filozofji medycyny, niż Polska. W Niemczech bez trudności możnaby wymienić 20 — 30 młodych pracowników, którzy bez przymusu pogłębili o tyle swoją znajomość historji medycyny, że mogliby zająć katedry. W Polsce zaś młodych pracowników prawie niema.

OCENY.

Józef Dietl XII., 164. Kraków 1928. Jest to Księga pamiątkowa wydana staraniem i nakładem Gminy miasta Krakowa.

Na księgę tę, zredagowaną przez prof. Szumowskiego, który też poprzedził ją pięknym życiorysem D i e t l a, złożyły się oryginalne prace: Adam Chmiel, dyrektor Archiwum m. Krakowa („J ó z e f D i e t l jako prezydent m. Krakowa" oraz „D i e t l jako rektor Uniw. Jagiell.). — Dr. Adam Wrzosek, profesor Uniw. Poznańskiego „Młodość J ó z e f a D i e t l a". — Dr. Leon Wachholz, prof. Uniw. Jagiell. „Klinika lekarska Uniw. Jagiell. przed D i e t l e m i za D i e t l a". — Prof. Dr. Korczyński „D i e t l jako balneolog". — Dr. Henryk Barycz, docent Uniw. Jagiell. „D i e t l w walce o unarodowienie i zreformowanie szkół galicyjskich". — Dr. Edward Szczeklik, asystent Kliniki wewnętrznej Uniw. Jagiell. „O poglądach D i e t l a na upust krwi w zapaleniu płuc". — Dr. Władysław Szumowski, profesor Uniw. Jagiell. „D i e t l a Szczawnica". — Władysław Gajewski, asystent Zakładu historji medycyny Uniw. Jagiell. „Badania D i e t l a nad chorobą zwaną kołtunem".

Całość utrzymana jest na wysokim poziomie i to zarówno pod względem zajmującej, a z naukową sumiennością opracowanej treści, jak i pięknej, starannej formy, ozdobionej szeregiem w dużej części nieznanych portretów i fotografij. Rzecz oparta jest na wielu przeważnie zupełnie nieznanych dokumentach i źródłach, zużytkowanych w sposób wyczerpujący. Przeczyta ją z wielką przyjemnością nietylko lekarz. Ze względu zaś na jej szatę, nabędzie do swego zbioru niejeden wybredny bibljofil. *J. K.*

D u p l a y, R o c h a r d, D e m o u l i n, S t e r n: *Diagnostic Chirurgical.* Paris 1928. Librairie Octave Doin, Gaston Doin et Cie, Editeurs. (Wydanie ósme, str. 1231, 675 rycin zwyczajnych i kolorowych w tekście).

Podręczniki lekarskie pisane przez zespół autorów mają to do siebie, że brak im jednolitości metodologicznej, z powodu różnicy

stosunku piszących do danego zagadnienia, różnego ujmowania zjawisk z zakresu teorji i praktyki i niejednakowej wreszcie zdolności popularyzowania wiedzy dla tych, którzy mają z nich czerpać wskazówki do badania, rozpoznawania i leczenia chorób. Z punktu widzenia dydaktycznego przedstawiają one częstokroć dziwaczną mieszaninę poglądów, metod, faktów nie wypływających z ogólnego jednolitego założenia, niepowiązanych przeto żadną ideą przewodnią, co sprawia, że nie ułatwiają uczącemu się poznania przedmiotu lecz wysoce utrudniają.

Podręcznik autorów, na którym w ciągu trzydziestu lat niemal kształciły się liczne pokolenia lekarzy i studentów, stanowi wyjątek, najbardziej bowiem surowa ocena nie jest w stanie dopatrzeć się tu wspomnianych wad prac zbiorowych. Przeciwnie jednolitość metod nauczania, nieskazitelna prawie logika rozumowania, zwięzłość i przejrzystość wykładu, pozbawionego zupełnie balastu szczegółów, utrudniacących opanowanie przedmiotu, piękny, potoczysty język, zrozumiały nawet przy miernej jego znajomości — oto zalety tej obszernej książki.

Nic więc dziwnego, że po siedmiu dziś już zupełnie wyczerpanych wydaniach doczekaliśmy się ósmego, rozszerzonego i poprawionego stosownie do współczesnego postępu metod badania klinicznego.

W pierwszej ogólnej części na 76 stronach omawiane są najważniejsze sposoby badania klinicznego w zastosowaniu do rozpoznania chorób chirurgicznych. Znajdujemy tu szczegółowe lecz zwięzłe sposoby badania podmiotowego, uwzględniające zarówno stan obecny, jak i poprzedzający chorobę, metody badania przedmiotowego okolicy uległej schorzeniu oraz okolic pozostających pośrednio lub bezpośrednio w związku z częścią chorą, wreszcie badania pomocnicze promieniami X, zapomocą fonendoskopji, próbnych nakłuć, nakłucia lędźwiowego, badań cytologicznych, chemicznych i bakterjologicznych wydzielin i wydalin ustrojowych wraz z praktycznymi sposobami brania tkanek i płynów chorobowych do badania.

Pozostała najobszerniejsza cześć książki jest poświęcona djagnostyce szczegółowej cierpień oddzielnych okolic począwszy od głowy, kończąc na stopie. Zgodność z kierunkiem anatomicznym chirurgji francuskiej omawianie poszczególnych okolic poprzedza wstęp anatomo-topograficzny. Pod tym wzledem zasługuje na szczególną uwagę anatomja układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego ułożona w sposób, umożliwiający rozpoznanie umiejscowionych cierpień tego narządu bez uciekania sie do podręczników anatomji i patologji układu nerwowego.

Nie można jednak pominąć pewnych usterek, których możnaby uniknąć w dziele tak wyczerpującem. Do nich należy przedewszystkiem brak djagnostyki chirurgicznej chorób skóry, jako części osobnej, pomijanej stale i niesłusznie w najobszerniejszych nawet podręcznikach tego rodzaju. Wszak cierpienie takie jak sprawy ropne i swoiste, pasorzytnicze, nowotwory zaburzenia unerwienia i krążenia, uszkodzenia elektryczne, promieniami Roentgena i radu — stanowią często przedmiot badania chirurga, a niewątpliwie niedostatecznie są oświetlane w podręcznikach dermatologji. Do usterek z zakresu metod badania klinicznego należy zaliczyć nieuwzględnienie badania zawartości dwunastniczej, które dziś zdaniem większości klinicystów oddaje cenne usługi w chorobach żołądka, wątroby, dróg żółciowych, trzustki i t. d.

Należałoby może wspomnieć w podręczniku o roli, jaką w badaniach klinicznych odgrywają rozbiory chemiczno-fizyczne wydzielin, wydalin, produktów zapalnych i t. d.

Usterki te jednak bynajmniej nie zmniejszają wartości całokształtu pracy, opartej na wieloletniem doświadczeniu własnem i obcem — klinicznem i pedagogicznem. Z tego powodu podręcznik zasługuje na najszersze rozpowszechnienie wśród lekarzy i studentów.

Całość uzupełniają i znakomicie podnoszą nadzwyczaj udatne rysunki zwyczajne i kolorowe.

Jan Mossakowski (Warszawa).

Dr. Mieczysława Brunowa: Dziedziczenie konstytucji psychicznej psychoz konstytucjonalnych. — Rozprawy Uniwersytetu warszawskiego Nr. 4. Warszawa 1927. 47 stron i 7 tablic.

Praca ta stanowi dalszy ciąg badań autorki, ogłoszonych w „Roczniku Psychjatrycznym" za rok 1926: „Obarczenie dziedziczne trzech rodzin". Dr. Brunowa przedstawia materjał, obejmujący siedem rodzin, obarczonych usposobieniem do chorób psychicznych. Siedem tablic genealogicznych uwidoczniają ilość i jakość obarczenia (w jednej rodzinie 2 pokolenia, w 6 4—6 pokoleń) z uwzględnieniem tych wszystkich członków rodziny, zarówno zdrowych, jak psychicznie chorych, których autorka mogła poznać i zbadać, lub co do których mogła zebrać możliwie dostateczne wiadomości, potrzebne dla scharakteryzowania choroby i psychicznej konstytucji. Ponieważ probandzi i probantki opisanych 7 rodzin przebywali przez dłuższy czas w Klinice Psychjatrycznej Uniwersytetu Warszawskiego, więc autorka miała możność badać ich i obserwować przez dłuższy przeciąg czasu, a także łatwiej nawiązać kontakt z rodzinami. Stosunki dziedziczności, skonstatowane przez autorkę w opisanych siedmiu rodzinach, nie nadają się do krótkiego streszczenia i musza być przestudjowane w oryginale.

Sumienność badań i ostrożne krytyczne wyprowadzenie wniosków stanowią główne zalety pracy, za którą ukażą się, miejmy nadzieję, dalsze badania w kierunku u nas tak mało uprawianym ale koniecznym dla naszego rozwoju nauki o dziedziczeniu cech psychicznych u ludzi.

Doc. Dr. Morawski.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Sprawozdanie.

W dniu 20 września r. b. odbyło się w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych (Departamencie Służby Zdrowia) posiedzenie sekcji do spraw walk. z chorobami wenerycznemi Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia przy Ministrze Spraw Wewnętrznych w następującym składzie:

Zastępca Dyrektora Departamentu Dr. Jan Adamski,

Przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wojskowych Dr. Szczodrowski,

Przedstawiciel Naczelnej Izby Lekarskiej — Dr. Śmiechowski,

Przedstawiciel Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Warszawskiego — Prof. Dr. Czyżewicz, oraz kooptowani członkowie: Prof. Krzyształowicz, Dr. Malinowski, Dr. Wernic, Radca ministerjalny Dr. Sęczyc oraz Dr. Borkowski.

Porządek dzienny obejmował projekt ustawy o zwalczaniu chorób wenerycznych, celem szczegółowego rozważenia i przedstawienia wniosków na posiedzenie plenarne Rady.

Po zagajeniu przez Przewodniczącego P. Zastępcę Dyrektora Departamentu Dra Adamskiego i wysłuchaniu przemówienia referenta ustawy radcy ministerjalnego Dra J. Sęczyca, dyskusja poruszyła 3 zasadnicze kwestje projektu: 1. zniesienie reglamentacji 2. obowiązek lekarzy zgłaszania pacjentów do władz, i 3 kwestję kosztów leczenia.

Mówcy naogół wypowiadali się za zniesieniem reglamentacji, nie przeoczając jednakże tych trudności życiowych, jakie wprowadzi zniesienie reglamentacji.

Kwestja zgłaszania chorych wywołała żywą dyskusję, w której podnoszono, iż chorzy weneryczni wszelkiemi sposobami przez podawanie fałszywych nazwisk będą utrudniali prawidłowe zgłaszanie.

Podkreślono konieczność wprowadzenia karalności świadomego zarażenia chorobą weneryczną.

Mówcy zwracali uwagę na trudności organizacyjne, związane z tem ujęciem sprawy kosztów leczenia chorych wenerycznych, jakie zamierza wprowadzić projektowana ustawa, mianowicie przez włączanie ryczałtów bez podania nazwisk chorych. Bezpłatne leczenie chorych wenerycznych w znacznej mierze rozwiązałoby trudności, związane z obarczaniem gmin kosztami leczenia tych chorych i w związku z bepłatnem leczeniem znikłaby konieczność wyjawiania nazwisk tych chorych.

Wskazano na przykład Danji, Niemiec i Turcji, które wprowadziły darmowe leczenie chorych wenerycznych.

Ponieważ projektowana ustawa porusza zawiłe zagadnienie społeczne, trudne do rozwiązania, przeto zebranie, podkreślając dążenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do współpracy ze światem lekarskim, nietylko z punktu widzenia fachowego, lecz i społecznego, postanowiło zwołać komisję celem ponownego rozpatrzenia i opracowania projektu ustawy o chorobach wenerycznych, oraz przedłożenia w czasie najbliższym na posiedzenie Sekcji do walki z chorobami wenerycznemi dla przedłożenia w następstwie na plenarne posiedzenie Rady.

BIBLIOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Polskie Archiwum medycyny wewnętrznej, tom VI, zeszyt 3, z r. 1928: Wł. Janowski: Rzut oka na 31 lat pracy naukowe, oddziału chorób wewnętrznych, prowadzonego przez Wład. Ja-

nowskiego. — A. Krause: Władysław Janowski (1866—1928). — Spis prac naukowych, ogłoszonych drukiem przez Władysława Janowskiego. — Spis prac asystentów, ogłoszonych w okresie pracy na oddziale Władysława Janowskiego. — A. Falkiewicz: O niezupełnej dyssocjacji przedsionkowo-komorowej. — I. Felix: O t. zw. epituberkulozie u dorosłych. — I. Goldfeil: O jednoczesnem stosowaniu diety wątrobowej i mocznika w nerczycy. — I. Goldfeil: Przyczynek do leczenia nadciśnienia. — H. Rudziński: Wartość kliniczna badania ciśnienia żylnego. — S. Cytronberg: Nowoczesne zdobycze w dziedzinie patogenezy i leczenia niedokrwistości złośliwej (sprawozd. pogląd.).

Medycyna doświadczalna i społeczna, tom IX, zeszyt 1—2, z r. 1928: M. Skarzyńska-Gutowska: Działanie fizjologiczne wyciągu witaminy B. — E. Sieliwanowa: O zachowaniu się zarazka duru osutkowego w organizmie ptaków. — W. Halbanówna, H. Hirschfeldowa, M. Mayzner: Badania nad powstawaniem ciał odpornościowych u dzieci. — J. Celarek i W. Porębski: Odczyn Schick'a u koni w zastosowaniu do produkcji surowic. — T. Sporzyński: Hodowla prątków gruźliczych metodą Hohna. — Z. Bohdanowiczówna i A. Lawrynowicz: O stałości i zmienności cech laseczki błoniczej. — I. Walawski: Sekretyna jelitowa jako bodziec gruczołów błony śluzowej żołądka. — S. Kon i A. Kleinówna: Wartość odżywcza kartofla. — H. i L. Hirschfeldowa: Badania nad dziedziczeniem wrażliwości i odporności na choroby zakaźne. — L. Padlewski: Współczesny stan wiedzy bakterjologicznej o paradurach.

Wychowanie fizyczne, rok IX, zeszyt 7—8, z r. 1928: K. Stojanowski: Próba analizy konstytucjonalnej. — W. Haberkantówna: Uwagi w sprawie nauczania higjeny w gimnazjach. W. Wisłocka: Gimnastyka lecznicza w szkole.

Przegląd dermatologiczny, rok XXIII, nr. 3, z r. 1928: A. Straszyński: W sprawie serologji kiły wrodzonej. — K. Jaczewski: Leczenie toczniа tranem, nalewką jodową i solami wapnia. — D. Sonnenberg: O roli bizmutu w okresie surowiczo-ujemnym wrzodu twardego. — H. Reiss: W sprawie leczenia kiły parami rtęci. — Fr. Walter: Współleczenie kiły zimnicą szczepioną. — W. Borkowski: Samoistne wyleczenie grzybicy strzygącej głowy owłosionej.

Lekarz *Kasy chorych*, rok IV, nr. 35, z września 1928: Z Kasy chorych m. Warszawy. — Z zagranicznych Kas chorych. — Z Polskich Kas chorych. — Przegląd piśmiennictwa.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 34, z 11 października 1928: A. W. Kapłan: Uwagi nad przebiegiem i leczeniem kiły narządu krążenia w związku z przypadkiem kiły tętnicy głównej u człowieka młodego. — I. Fliederbaum i L. Krasucka: O synergetycznem działaniu moczopędnem związków rtęci i amonu. — N. Zandowa: Splot naczyniasty (Streszcz. zbior.). — W. Przywieczerski, F. Rakiewicz i R. Sikorski. Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce.

Medycyna praktyczna, rok II, zeszyt 9, z r. 1928: E. Weisz: Istota ektoskopji (rozpoznawanie gołem okiem). — W. Werner: Zabiegi chirurgiczne lekarza praktyka. — A. Byliński: Nieorganiczny fosfor a gruźlica. — II Zjazd ginekologów polskich w Poznaniu.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LV, nr. 42, z 14 października 1928: W. I. Strażewicz: Pięciolecie istnienia ogrodu roślin lekarskich przy Uniwersytecie St. Bat. w Wilnie (1923—1927). — Nowe leki. — Sprawy zawodowe.

Medycyna, rok II, nr. 41, z 13 października 1928: W. Filiński: W sprawie czynnościowego badania trzustki. — A. Rudolf: O leczeniu odmą sztuczną gruźlicy płuc.

Wiadomości lekarskie, rok I, nr. 7, z października 1928: W. Janusz: Zakres i istota biopsji w praktyce lekarskiej. — T. Flecker: Przypadek krwiaka w powłokach brzusznych. — M. Schieber: Znaczenie badania rentgenowskiego płuc w przychodniach gruźliczych. — I. Heller: Chemja lekarza praktyka: ciała autonowe i kwasica. — O. S.: Międzynarodowy Zjazd Kas chorych we Wiedniu.

Przyroda i technika, rok VII, zeszyt 8, za październik 1928: S. Koller: Dziwy przystosowań u owadów. — W. Podlacha: O fotografji balistycznej.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok V, nr. 35, z 18 października 1928: W. Zawadowski: O rozwoju radjodjagnostyki i niektórych jej nowszych zdobyczach. — I. Handelsman: Próby leczenia schizofrenii metodą Walbuma. — B. Goldstein: O nieżytach pospolitych jelita grubego (Streszcz. zbior.). — A. Simon: W sprawie komasacji naszych oddziałów szpitalnych. — W. Przywieczerski, F. Rakiewicz i R. Sikorski: Stan obecny ustawodawstwa szpitalnego i najpilniejsze potrzeby szpitalnictwa w Polsce (dok.). — Z. Szymanowski: Dziwne praktyki. — W sprawie wyborów do Izby lekarskiej Warszawsko-Białostockiej.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo jugosłowiańskie.

Medicinski Pregled.

Belgrad-Zagreb-Ljubljana-Sofja. Nr. 1. Maj 19 1928.

H. Rolleston: Trzystulecie książki „De motu cordis" Williama Harwey'a.

R. Stanković: O zaburzeniach ekonomji pracy sercowej w schorzeniach wrodzonych serca.

V. Arnoljević: William Harvey i odkrycie krążenia krwi.

A. Savić: René Descartes o krążeniu krwi.

S. Kostlivy: Leczenie zakażeń chirurgicznych.

E. Leskovic: Insulina u niecukrzycowych.

Sprawozdania z piśmiennictwa krajowego i zagranicznego.

Kronika.

Nr. 2. Czerwiec 1928.

Gj. Gjordjević: Leczenie kiły przez prowokacją odczynu w ustroju.

A. Botteri i A. Spanoć: Leczenie trachomy olejkiem Gynocardiae.

A. Novaković: Ograniczony mięsak barwikowy naczyniówki.

B. Konstantinović: Śmiertelność osesków i małych dzieci w Jugosławji.

D. Antić: Przykłady różniczkowej diagnozy.

M. Velićkovic: Przypadek donoszonej ciąży brzusznej.

Sprawozdania z piśmiennictwa. Kronika.

Nr. 3, lipiec 1928.

M. Badonnel: Opieka nad dziećmi nienormalnemi.

Dj. Medaković: Leczenie guzów mózgu promieniami X.

Dr. Pavlović: Etjologja grypy.

Vl. Spužić: Plamice.

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

Nr. 4. Sierpień 1928.

R. Stanković: Nosologja w rozpoznawaniu chorób wewnętrznych.

Car: Barwienie życiowe jako środek naukowy i rozpoznawczy w oftalmologji.

V. Arnovljević: Objaśnienie elektrokardiogramu komorowego.

S. Pejić: Obecne poglądy na histogenezę, fizjologią i patologią grasicy.

Przegląd piśmiennictwa. Kronika.

Liječnički Vjesnik.

1908. Nr. 5. Zagreb. Zeszyt poświęcony pedjatrji.

Prof. Dr. F. Gröer i Dr. F. Redlich, Lwów: Badania doświadczalne nad teorją Dicka o płonicy.

Odczyn Dicka ma cechy przyśpieszonej reakcji allergicznej. Farmakodynamicznie działa toksyna Dicka jak tuberkulina, t. j. jad wtórnie toksyczny. Wartość dodatniej lub ujemnej reakcji Dicka musi być inaczej oceniana niż dotychczas. Przy niewątpliwem zresztą działaniu surowicy płoniczej idzie o prawdopodobnie o wzmożone działanie przeciwzapalne, zatem działanie ergotropowe.

Prof. M. Ambrožić, N. Bajić i O. S. Ružićić: Przyczynek do znajomości opieki nad dziećmi.

Dr. S. A. Kostić-Joksić: O zimnicy u dzieci.

Dr. M. Sarvan: O szczepieniu ochronnem przeciw wietrznej ospie. Na podstawie własnych doświadczeń polecają autorowie szczepienia wedle Klinga.

Dr. Vj. Skarica: Zaniedbane przytuliska dla dzieci w Dalmacji.

Prof. E. Mayerhofer i inż. Menzer: Nowa klinika dziecięca w Zagrzebiu.

Dr. I. Lemeż: Badania nad allergją noworodków. Za ogólną allergją noworodków przemawiają: Eosynofilja w tkankach płodu, Erythema toxicum neonatorum, Eosynofilja we krwi i tkankach noworodków, Leukopenja allergiczna we krwi noworodków. Autor odróżnia swoistą allergiczną eosynofilją przebiegającą z objawami chorobowymi, i nieswoistą paraallergiczną, bez objawów chorobowych.

E. Meyerhofer i M. Lypolt-Krajnović: Erythema toxicum neonatorum-Leiner jako symptom główny allergji noworodków. Erythema tox. neon. Leiner (1912), jest identyczna z Erythema dyspeptycznem noworodków (Moro 1910), i dawno znanem Erythema papulatum neon. Steiner (1873).

Dr. I. Köhler i Dr. S. Mašek: Sprawozdanie o opiece zdrowotnej i stanie zdrowia w szkołach miasta Zagrzebia w r. 1926/7.

Dr. Ž. Šwarc i Mr. I. Menzer: Przychodnia dziecięca miasta Zagrzebia.

Dr. Amalja Simec: Siostra w służbie zdrowia publicznego.

Dr. Ž. Swarc: Nasze doświadczenia przy wrodzonej kile.

Dr. Ž. Swarc: Psychologja opieki społecznej nad dzieckiem i matką.

Dr. Stefania Vinter: Organizacja i działalność przychodni dla dzieci w Zagrzebiu.

Dr. Stefania Vinter: Zasady odżywiania w przychodni dziecięcej.

1928. Nr. 6. Zagrzeb.

Prof. C. Lian (Paryż): Syndrom trwałej, idiopatycznej hipotenzji tętniczej.

Prof. Lj. Jurak: Wlewania dożylne chininy, przedmiotem sądowego dochodzenia.

Dr. B. Kokalj-Kowalewska (Warszawa): Autohemoterapja w leczeniu gruźlicy płuc.

Dr. K. Milobar: Obecny stan funkcjonalnej diagnostyki trzustki (c. d. n.).

Dr. L. Kun: Przypadek essentialnej haematurji.

Sprawozdania z piśmiennictwa. Oceny. Bibliografja.

1928. Nr. 7. Zagrzeb.

Prof. Fr. Bubanović: Badania nad lipoidami mózgu w wyciągu oliwnym. Autor zastosował do wyciągów z mózgu oliwę i olej rącznikowy. Nastąpiła zmiana viscositas, refrakcji, zawartości jodu, co wskazuje, że w oliwie rozpuściły się pewne lipoidy mózgowe.

Muc. Gj. Karminski-Charlick: Hodowle komórek wątroby ssaków.

A. Sercer i M. Rabar: Jeszcze dwa przypadki syndromu Gradenigo.

Dr. F. Minar: Obecny stan funkcjonalnej diagnostyki trzustki. Przegląd i ocena rozmaitych sposobów czynnościowego badania trzustki jako to badanie stolca (przemiany materji, próba jądrowa Ad. Schmidta, wykazanie fermentów) diagnostyka dwunastnicowa trzustki, wykazanie fermentów w moczu i surowicy.

Dr. D. Kristić i Dr. Lj. Stein: Wartość neosalwarsanu w nagminnem zapaleniu gruczołów przyusznych.

Sprawozdanie z piśmiennictwa. Bibliografja słowiańska.

Dodatek: Staleški glasnik: Sprawy społeczne i zawodowe, sprawozdanie ze zjazdów.

Leszczyński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

IV. Zjazd polskich Historyków i Filozofów medycyny w Krakowie.

W dniach 5, 6 i 7 października 1928 odbył się w Krakowie zjazd polskich Historyków i Filozofów medycyny, który zgromadził szereg przedstawicieli tej gałęzi nauki (przeciętnie bywało na posiedzeniach po 30—50 uczestników). Z profesorów wzięli czynny udział w zjeździe: Prof. Dr. Szumowski (przewodniczący komitetu organizacyjnego) z Krakowa, Prof. Dr. Wrzosek z Poznania, Prof. Dr. Trzebiński z Wilna, Prof. Dr. Nusbaum z Warszawy. Nie przybył z powodu choroby Prof. Dr. Gedroyć z Warszawy. Ponadto wzięli udział w zjeździe, wygłaszając odczyty: Dr. Włodzimierz Bugiel z Paryża, zasłużony rzecznik i przedstawiciel nauki polskiej zagranicą, dalej płk. Dr. Zembrzuski z Warszawy prof. gimn. Ostachowski z Krakowa (sekretarz komitetu organizacyjnego zjazdu), Dr. Kurczyński z Warszawy, Dr. Bilikiewicz z Krakowa (sekretarz zjazdu) i p. Tadeusz Ostrowski z Krakowa. Nie przybyli na zjazd, lecz przysłali swe referaty: Prym. Dr. Ziembicki ze Lwowa i p. Gajewski z Krakowa. Dr. Fritz ze Lwowa zgłosił 2 tematy, ale nie przybył i nic nie nadesłał. Na zjazd przybyli i zabierali głos w dyskusji: Prof. Dr. Talko-Hryncewicz z Krakowa, Prof. Dr. Wachholz z Krakowa, Prof. Dr. Rubczyński z Krakowa, Dr. Z. Klukowski ze Szczebrzeszyna i inni.

Powagi i doniosłości dodała zjazdowi okoliczność, że połączony on został równocześnie z obchodem 50-ej rocznicy śmierci Józefa D i e t l a, pierwszego po wprowadzeniu autonomji prezydenta miasta Krakowa, znakomitego europejskiej sławy lekarza i reformatora medycyny, profesora i rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego, ojca balneologji polskiej, niezłomnego bojownika o polskość polskiego szkolnictwa. W imieniu Uniwersytetu Jagiellońskiego powitał zjazd w zastępstwie nieobecnego rektora, prorektor Prof. Dr. Leon Marchlewski, podkreślając w przemówieniu swem znaczenie historji medycyny w kształceniu młodego pokolenia lekarskiego. Z kolei zabrał głos przewodniczący komitetu organizacyjnego zjazdu Prof. Dr. Szumowski, dziękując prorektorowi za przybycie i wygłoszenie mowy powitalnej, a następnie powitał przedstawicieli władz, urzędów i gości, którzy z dalekich stron Polski na zjazd przybyli.

„Zjazdy nasze — oto słowa Prof. Szumowskiego — stały się koniecznością, którą odczuwają zarówno starsi, jak i młodsi i to w tem właśnie połączeniu dwóch nauk, historji medycyny i filozofji medycyny, jakie się utarło w nazwie naszych katedr i zjazdów. W Krakowie, gdzie historja zdawna jest otoczona powszechnym kultem i miłością, a filozofja szukająca prawdy na rozbieżnych drogach ma przyjaciół i nieprzyjaciół, to połączenie historji medycyny z filozofją medycyny, nie wszędzie jest dobrze rozumiane. A jednak patrzymy z otuchą w przyszłość w tem przekonaniu, że humanistyczne oświetlanie przyrodoznawstwa i medycyny może być tylko jedno, równocześnie historyczne, jak i filozoficzne. Zwłaszcza zaś od niedawna, do chwili, gdy się ukazały w druku słowa największego uznania dla organizacji katedr i nauczania historji i filozofji medycyny w Polsce, napisane przez wybitnego uczonego niemieckiego (mowa tu o entuzjastycznych słowach Prof. Sigerista z Lipska, patrz Pol. Gaz. Lek. 1928, Nr. 21, przyp. ref.), od tej chwili zadania nasze i obowiązki dziesięciokrotnie się zwiększyły, musimy bowiem odtąd pracować nietylko dla siebie, dla Polski, ale i dla zagranicy, która baczniejszem niż zazwyczaj okiem patrzeć będzie na to, co się u nas robi. Fiozofja medycyny w Polsce jest dzieckiem kliniki, tej kliniki, jaką prowadził przed 60-ciu laty w Warszawie Tytus Chałubiński. W tym samym czasie w Krakowie klinikę prowadził Józef D i e t l, którego 50-tą rocznicę śmierci obchodzić będziemy jutro. Jego pisma lekarskie są również pełne zagadnień filozoficzno-lekarskich, jak vis medicatrix naturae, zagadnienie ścisłości i nieścisłości w medycynie, medycyna jako nauka i sztuka, nihilizm terapeutyczny i w. inn., wiecznie żywych i wiecznie w medycynie powracających. Przy sprzyjających okolicznościach i klinika D i e t l a mogła była stać się punktem wyjścia tej nauki, która otrzymała nazwę filozofji medycyny. Jeśli się to wtedy nie stało, to tem większym obowiązkiem obecnego pokolenia jest wyzyskać bogaty materjał myślowy, jaki się znajduje w pismach tego niezwykłego męża. Zjazd nasz przynosi dużo nowych przyczynków do nauki o D i e t l u, ale z pewnością ostatniego słowa nie wypowie. Niech się więc stanie nasz obecny zjazd Dietlowski punktem wyjścia i dalszych prac nad wielkim lekarzem i obywatelem ku pożytkowi nauki wogóle, a w szczególności historji medycyny i filozofji medycyny, a także historji przyrodoznawstwa, boć D i e t l przecież zwłaszcza w pierwszych latach po doktoracie był równocześnie przyrodnikiem i lekarzem“.

Teraz dokonano na wniosek mowcy wyboru prezydjum zjazdu, w osobach: Prof. Wrzoska z Poznania, Prof. Nusbauma z Warszawy, Prof. Trzebińskiego z Wilna, Prof. Talko-Hryncewicza z Krakowa, na sekretarza zaś Dra Bilikiewicza z Krakowa. Przewodniczący prof. Szumowski ofiarował zjazdowi staranie pod jego redakcją z funduszu miejskiego wydaną Księgę Pamiątkową ku czci 50-ej rocznicy śmierci Józefa D i e t l a, poczem dyrektor archiwum miejskiego p. Adam Chmiel wygłosił odczyt p. t.: Józef D i e t l, jako rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego. Odczyt ten wydrukowany został w całości w wspomnianej księdze pamiątkowej. Dalej na pierwszem posiedzeniu Prof. Dr. Wrzosek z Poznania wygłosił referat p. t.: „D i e t l jako asystent, i zastępca profesora historji naturalnej w Wiedniu“, oparty na nieogłoszonych dotąd listach Józefa D i e t l a. Na tem zamknięto pierwsze posiedzenie. W godzinach wieczornych tegoż dnia odbyła się w prywatnem mieszkaniu prof. Szumowskiego konferencja profesorów historji i filozofji medycyny, w której wzięli udział: prof. Dr. Henryk Nusbaum z Warszawy, prof. Dr. Władysław Szumowski z Krakowa, prof. Dr. Stanisław Trzebiński z Wilna i prof. Dr. Adam Wrzosek z Poznania. Konferencja rozpatrywała projekt programu wymagań do doktoratu medycyny, ułożony przez prof. Szumowskiego

i przyjęła go z kilkoma poprawkami jednogłośnie. Prof. Szumowski obiecał dostosować do tego programu podręcznik historji medycyny, jaki opracowuje.

W drugim dniu obrad (6 paźdz.), po przedpułudniowych uroczystościach ku czci Dietla, zainicjowanych przez Radę Miejską m. Krakowa i Senat Uniw. Jagiell., w których członkowie zjazdu brali udział, wygłoszono przy udziale 23 uczestników zjazdu szereg odczytów. Pierwszy wygłosił swój referat Prof. Trzebiński z Wilna p. t.: „Metoda wynajdywania wskazań lekarskich według Chałubińskiego przed pół wiekiem i dzisiaj". Po wykazaniu, iż metoda Chałubińskiego powstała jako reakcja przeciw stanowisku, iż lekarz jest naukowcem, dla którego los pacjenta jest drugorzędnej wagi, referent przedstawia analizę tej metody oraz jej krytykę, rozpatrując widoki tej metody na przyszłość zwłaszcza w świetle przeprowadzonej przez siebie ankiety między lekarzami, dotyczącej stosowania tej metody w praktyce. Z ankiety tej wynika, że duża część lekarzy metodę tę stosowała i to z powodzeniem. Z pośród tych, którzy zabierali w dyskusji głos, wymienić należy prof. Szumowskiego, który rzuca myśl, by zbadano genezę metody Chałubińskiego. Prof. Wrzosek zwraca uwagę, że w papierach po Chałubińskim jest dużo w tej mierze wskazówek. Wśród obecnych na sali znajdował się i inż. Ludwik Chałubiński, syn wielkiego lekarza polskiego.

Drugi odczyt wygłosił Dr. Kurczyński z Warszawy, p. t.: „Przyszłość wiedzy lekarskiej w świetle Prawa Stworzenia". Referent przedstawia stosunek Hoene-Wrońskiego do wiedzy lekarskiej, starając się wykazać, że Wroński, choć nie-lekarz, jednak dla wiedzy lekarskiej był płodny. Jest rzeczą znamienną, że przeważająca większość mowców którzy brali udział w ożywionej dyskusji (Prof. Nusbaum, Dr. Suchorzewska, Prof. Trzebiński, Dr. Bilikiewicz, Prof. Szumowski, Prof. Rubczyński Prof. Wrzosek) potępiła wprowadzanie filozofji spekulatywnej do filozofji medycyny starając się wykazać bezowocność i szkodliwość tego kierunku w medycynie. To jednomyślne stanowisko wobec spekulacji daje rękojmię, że filozofja medycyny pozostanie i nadal przedmiotem nauki, który w oparciu o naukowe fakty sprzyja poznaniu prawdy, a jako przedmiot nauczania ćwiczy młode umysły w sztuce logicznego myślenia.

Z kolei wygłosił odczyt Dr. Bilikiewicz z Krakowa: „O niemieckim przekładzie Logiki medycyny Biegańskiego". Referent przedstawił wyniki do jakich doszedł, szukając wpływu Biegańskiego zagranicą (52 recenzje), tłumacząc nieznaczność tego wpływu różnicą poglądów Biegańskiego i niemieckich autorów na sposób nauczania logiki w medycynie, gdyż Biegańskiego ignorują intuicjoniści (według Szumowskiego) oraz zwolennicy metody naturalnej, a oba kierunki zwracają się przeciw racjonalizmowi Biegańskiego.

Czwarty odczyt wygłosił Prof. gimn. Ostachowski pod t.: „Van Helmont i jego system przyrodniczo-lekarski". Referent przedstawił wyniki swych mozolnych studjów nad Van Helmontem, opartych na badaniu samych pism tego autora, co go doprowadziło do sprostowania całego szeregu mylnych i nieścisłych poglądów, jakie się o Van Helmoncie spotyka w piśmiennictwie. W dyskusji wyrażono referentowi pełne uznanie za jego gruntowną pracę.

Wieczorem tegoż dnia wydał p. Prezydent miasta inż. Karol Rolle raut w salonach pałacu Larischa, który zgromadził prócz uczestników zjazdu wiele wybitnych osobistości miasta, najwięcej z Uniwersytetu.

W trzecim dniu zjazdu przed południem 7 paźdz. rozpoczęto obrady referatem nieobecnego p. Gajewskiego, odczytanym przez p. Ostrowskiego, p. t.: „Badania Dietla nad chorobą zwaną kołtunem". Referat ten wydrukowano w całości w Księdze Pamiątkowej ku czci Dietla. W związku z tym odczytem zabiera głos Prof. Talko-Hryncewicz, nadmieniając, iż na Litwie kołtun był chorobą bardzo rozpowszechnioną i wymienia paru głośnych lekarzy, którzy popierali przesąd związany z tą chorobą, między innymi prof. Andrejew w Warszawie jeszcze w ósmym dziesiątku lat ub. w.

Z kolei wygłosił swój odczyt prof. Dr. Trzebiński z Wilna pod tyt.: „Zapatrywania Chałubińskiego na procesy życiowe i chorobę". Zdaniem referenta Chałubiński uznaje celowość nietylko metodologiczną, ale i metafizyczną, wierząc w odrębność świata duchowego, przyczem problem psychofizyczny jest dla medycyny obojętny, gdyż siedliskiem choroby jest zawsze materja. Według Chałubińskiego choroba jest też pewną formą bytu. W dyskusji prof. Nusbaum stawia Chałubińskiego znacznie wyżej, niż Lotzego, jako że nie dawał się on, jak ten ostatni, unosić spekulacjom.

P. Ostrowski z Krakowa wygłosił rzecz pod t.: „O egzaminach i stopniach medycznych Gabrjela Ochockiego"; odczyt oparty na badaniach tekstów archiwalnych wywołał dyskusję, w której prof. Szumowski podniósł, iż stopnie utworzone zostały przez samo życie, a nie były niczem sztucznie stworzonem. Następny odczyt wygłosił pułk.-lekarz Dr. Zembrzuski z Warszawy pod tyt.: „Działalność Izydora Kopernickiego w Rumunji (1864—1871)". Referent zebrał bardzo bogate materjały, odnoszące się do pobytu Kopernickiego w Rumunji i zdał sprawę z książki Dra Gomoiu (Diu istoria medicenei si a invatamintuli medical in Romania, Bucaresti 1923), w której streszczono broszurę Kopernickiego o urządzeniu zakładu anatomji w Bukareszcie, gdzie Kopernicki pracował na stanowisku dyrektora muzeum anatomicznego. W dyskusji zabierali głos: Prof. Wachholz, który podaje parę uwag o potomkach Dra Glücka, wspomnianego przez referenta przyjaciela Kopernickiego; prof. Talko-Hryncewicz nadmienia, że Kopernicki nadsyłał mu rękopisy Glücka w sprawie medycyny ludowej, które mówca wykorzystał w swej pracy.

Ostatni odczyt na posiedzeniu przedpołudniowem wygłosił prof. Szumowski p. t.: „Fryderyk Hechell, jako historyk medycyny w świetle odnalezionych pamiętników". Referent podzielił się wiadomością, iż poszukiwane oddawna pamiętniki Hechella (profesora historji medycyny sądowej, i policji lekarskiej w Krakowie w latach 1835—1851) odnalazły się. Hechell wykładał historję medycyny 5 godz. tygodniowo po łacinie, a z przedmiotu tego wszyscy uczniowie medycyny musieli składać egzamin podobnie, jak z innych przedmiotów. Ze szkoły Hechla wyszło kilka prac historyczno-medycznych, Oettingera, Tyrchowskiego, Szopowicza i inn. Między katedrą Hechla, a katedrą Oettingera jest ciągłość która się urywa z Oettingerem. Zdaniem prof. Szumowskiego zamiast prawdziwej katedry, jaką zajmował Hechel Austrja wprowadziła fikcję katedry historji medycyny bez pełnego uposażenia profesora i bez żadnej możności kontrolowania postępów uczniów w zakresie tej nauki. Austrja stworzyła tym sposobem niebezpieczne źródło dyletantyzmu naukowego.

O godz. 12 w południe odbyło się otwarcie wystawy najstarszych rękopisów i druków medycznych w Bibljotece Jagiellońskiej na które przybył Prezydent miasta, rektor Uniw. Jagiell., Dziekan Wydziału medycznego z gronem profesorów oraz uczestnicy zjazdu. Organizatorowie wystawy (Dr. Birkenmajer jun. i Dr Piekarski) wydali katalog, obejmujący 110 pozycji ozdobiony 9-ma pięknemi reprodukcjami najstarszych drzeworytów.

Posiedzenie popołudniowe zaczęło się dyskusją nad komunikatem prof. Szumowskiego o pamiętnikach Hechla. Prof. Wachholz starał się dowieść, że Hechel przedewszystkiem zajmował się medycyną sądową, a mniej historją medycyny. Referent uzasadniał natomiast odmienne zapatrywanie. Drugi komunikat prof. Szumowskiego nosił tytuł: „Na co najwięcej chorowali nasi pradziadowie w wieku XVIII". Referent zanalizował spostrzeżenia Lafontaine'a, lekarza — cudzoziemca, zamieszkałego w Polsce, z których wynika, że wśród chorób ówczesnych na pierwsze miejsce wysuwają się gruźlica i kiła. Następnie sekretarz zjazdu odczytał nadesłany przez nieobecnego Dra Ziembickiego ze Lwowa komunikat o nieznanym egzemplarzu dziełka Szymona z Łowicza „Aemilius Macer", znajdującym się obecnie we Lwowie. Dziełka tego znane są wogóle 2 egzemplarze jeden wrocławski, drugi lwowski.

Nadprogramowo prof. Talko-Hryncewicz poświęca wspomnienie Antoniemu J. Rollemu, ojcu prezydenta miasta Krakowa, lekarzowi kresowemu, z którym żył w przyjaźni, poczem odczytano list Rollego do prof. Talko-Hryncewicza z r. 1891, list pełen serdecznego uznania dla jego działalności. List ten, zwłaszcza po wzruszającem wspomnieniu prof. Talko-Hryncewicza, sprawił głębokie wrażenie na słuchaczach, przyczem przewodniczący prof. Wrzosek zwrócił się do mówcy z prośbą o spisanie swych wspomnień o ś. p. Rollem, czemu tenże obiecał zadośćuczynić.

Dr. Włodzimierz Bugiel przybył z Paryża na zjazd dopiero 7. X. Przywitany obecnie przez przewodniczącego prof. Wrzoska, który podniósł jego zasługi lekarskie, naukowe, literackie i narodowe (ostatnią pracą Dra Bugiela jest przekład niektórych utworów Kochanowskiego, Mickiewicza, Słowackiego i Krasińskiego na francuskie) oraz gorąco oklaskiwany przez licznie zgromadzonych słuchaczy, Dr. Bugiel wygłosił odczyt p. t. „Średniowieczny poemat", „Rozmowa życia ze śmiercią" i wartość jego dla historji medycyny w Polsce". Po gruntownej analizie tego utworu referent doszedł do wniosku że autorem jego musiał być mnich, obznajomiony jednak dokładnie z zasadniczemi wiadomościami lekarskiemi, jak to wynika z trafnych spostrzeżeń symptomów konania i t. p. W dyskusji prof. Szumowski zgadza się z referentem, iż autor poematu musiał mieć wykształcenie lekarskie, choć oczywiście nie w dzisiejszem znaczeniu. Prof. Wachholz wymienia paru mnichów, którzy posiadali obok teologicznego także i lekarskie wykształcenie.

Następny referent, prof. Wrzosek wygłosił niezmiernie ciekawy odczyt zatyt.: „Przyczynek do dziejów pielęgnowania dzieci w czasach przedhistorycznych“, ilustrując go pokazem przedhistorycznych zabawek oraz rysunków. W dyskusji zauważa Prof. Nusbaum, iż poczucie piękna zdaje się być pierwszym etapem rozwoju kultury. Prof. Talko-Hryncewicz oświadcza, że natrafiał w neolicie i w paleolicie na deformacje artrytyczne kości (też u zwierząt), na egzostozy oraz zgrubienia kości w czaszkach.

Prof. Trzebiński z Wilna wygłasza komunikat pod tyt.: „Nauczanie medycyny w Wilnie w oświetleniu rękopisu Adama Bućkiewicza“. Referat ten, oparty na nieznanych dokumentach, stanowił ciekawy i pożyteczny przyczynek do dziejów medycyny w Wilnie, co z uznaniem podniósł w dyskusji prof. Wrzosek.

W końcu wygłosił nadprogramowo Dr. Bilikiewicz odczyt: „O lipskim Instytucie historji medycyny“, zdając sprawę z swych wrażeń odniesionych podczas swego pobytu w tym zakładzie. Odczyt ten zamieszczamy w całości w „Pol. Gaz. Lek.“.

Na zakończenie zwrócił się prof. Wrzosek do wszystkich referentów z prośbą, by zechcieli przysłać swe odczyty na jego ręce, celem wydrukowania ich w Księdze Pamiątkowej zjazdu.

Zjazd spełnił swe zadania w zupełności, stojąc pod względem naukowym bardzo wysoko. Szczególnie podnieść należy dążność ogromnej większości referentów do filozoficznego ujmowania zagadnień historji medycyny, dążność, która zaczyna zdobywać naśladowców zagranicą, a zwłaszcza w Niemczech. W tem filozoficznem ujęciu przestaje być ten przedmiot martwem kolekcjonowaniem faktów, lecz staje się pośrednikiem między przeszłością, a teraźniejszością.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

W celu podniesienia i przygotowania lekarzy powiatowych i samorządowych, zwłaszcza kierowników przychodni przeciwjaglicznych i przychodni ogólnych rejonowych w zakresie akcji zwalczania jaglicy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) urządza w czasie od 12. XII. do 20. XII. 1928 r. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie III-ci kurs trachomatologji z uwzględnieniem społecznej organizacji walki z jaglicą. W programie Kursu przewidzianych jest 20 godzin wykładów teoretycznych i 30 godzin zajęć praktycznych na oddziałach ocznych i w przychodniach przeciwjaglicznych.

W a l k a z j a g l i c ą. W celu podniesienia i przygotowania lekarzy powiatowych i samorządowych, zwłaszcza kierowników przychodni przeciwjaglicznych i przychodni ogólnych rejonowych w zakresie akcji zwalczania jaglicy, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) urządza w czasie od 12. XII. do 20. XII. 1928 r. w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie III-ci kurs trachomatologji z uwzględnieniem społecznej organizacji walki z jaglicą.

W programie kursu przewidzianych jest 20 godzin wykładów teoretycznych i30 godzin zajęć praktycznych na oddziałach ocznych i w przychodniach przeciwjaglicznych.

P r z e g l ą d p i ś m i e n n i c t w a l e k a r s k i e g o P o l s k i e g o. Staraniem i nakładem Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wyszedł z druku Przegląd Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego za lata 1917 — 1921.

Pojedyncze egzemplarze w cenie zł. 15.— są do nabycia w Kancelarji Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego — Warszawa, Niecała 7.

Wobec ograniczonej liczby egzemplarzy uprasza się o jak najwcześniejsze zgłaszanie się.

D o k s z t a ł c e n i e s a n i t a r n e i n ż y n i e r ó w. W dniu 5 listopada r. b. rozpocznie się w Państwowej Szkole Higjeny w Warszawie trzeci kurs dokształcenia sanitarnego dla inżynierów z udziałem sił profesorskich wyższych uczelni.

Program kursu przewiduje prowadzenie wykładów według trzech działów: ogólnego, przyrodniczego i techniczno-sanitarnego. Dział pierwszy obejmuje: podstawy inżynierji sanitarnej, zagadnienia higjeny publicznej, planowanie miast i higjenę mieszkań, statystykę i epidemjologję oraz walkę z gruźlicą. Dział drugi — bakterjologję, hydrobiologję i chemję sanitarną. Do działu trzeciego wchodzą hydrologja, osuszenie terenów, wodociągi i kanalizacja (konstrukcja, eksploatacja i organizacja budowy), usuwanie śmieci, higjena wsi, wentylacja i ogrzewanie, dezynfekcja, desynsekcja i deratyzacja, higjena zakładów użyteczności publicznej (szkoły, szpitale, kąpieliska, rzeźnie), chłodnictwo, higjena przemysłowa i bezpieczeństwo pracy, oświetlenie i walka z dymem.

Na kurs ten przyjmowani będą kandydaci, którzy wykażą się posiadaniem dyplomu inżyniera wyższej szkoły technicznej krajowej lub zagranicznej. Kandydaci nie posiadający tego dyplomu, mogą przesłuchać kurs, jednak bez prawa przystąpienia do egzaminu.

Zapisy przyjmuje Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny (ul. Chocimska 24) do dnia rozpoczęcia kursu. Wszelkich wyjaśnień w sprawach kursu udziela kierownik kursu, inżynier Zygmunt Rudolf (M. S. Wewn. tel. 23-87). Opłata za kurs wynosi 75 zł. od osoby. Słuchacze w liczbie conajmniej 20 będą mogli korzystać z miezkania i całkowitego utrzymania (bursa „Amelin“ ul. Puławska l. 91).

Kurs ma trwać 5 tygodni i stanowić będzie dalszy ciąg zapoczątkowanej przez Państwową Służbę Zdrowia akcji wyszkolenia sanitarnego inżynierów państwowych, samorządowych i z biur instalacyjnych.

Podniesienie stanu sanitarnego kraju zależy w dużym stopniu od pracy inżynierów, to też kursy te zostały specjalnym okólnikiem Pana Ministra Spraw Wewnętrznych zalecone Zarządom Związków Komunalnym i zainteresowanym instytucjom.

W a l k a z a l k o h o l i z m e m. W dniach 22—27 u. m. odbył się w Państwowej Szkole Higjeny (Chocimska 24) Kurs Alkohologji wykładali najwybitniejsi znawcy przedmiotu.

Wzrastające w społeczeństwie zainteresowanie tem zagadnieniem o społecznem znaczeniu sprawiło, że na Kurs zgłosiło się bardzo dużo kandydatów z całego Państwa.

F a b r y k a S p i e s s a i S y n a w W a r s z a w i e wydała IV broszurę p. t.: „Preparaty“ w opracowaniu dr. Stefana Otolskiego. W ciągu ostatnich kilku dziesięcioleci zaznaczył się u nas, podobnie jak i na całym zachodzie, wyraźny zwrot dotychczasowego systemu lecznictwa, który coraz bardziej przechodzi na środki gotowe. Nic więc dziwnego, że i nasz przemysł chemicznofarmaceutyczny poczynił wielkie w tym kierunku postępy, wypierając prawie całkowicie zagranicę z obiegu naszego. Przeszło 500 przetworów Spiessowskich, zawartych w „Preparatach“ najlepiej odzwierciedla niebyle jakie postępy w rodzimym naszym przemyśle.

Kraków.

W pierwszej połowie października odbył się szereg uroczystości z okazji 50-lecia śmierci Józefa Dietla, sławnego lekarza, znakomitego profesora i rektora U. J., pierwszego prezydenta m. Krakowa, a na każdem polu swej szerokiej działalności niestrudzonego bojownika o polskość. W związku z rocznicą Józefa Dietla zjechali się w Krakowie polscy historycy i filozofowie medycyny, poświęcając kilka wykładów Dietlowi — 6-go zaś w sali posiedzeń Rady miejskiej zagaił żałobne posiedzenie Prezydent miasta wobec członków prezydjum, Rady miejskiej, przedstawiciel Władz i zaproszonych gości. Przemówienie dotyczyło działalności Józefa Dietla jako pierwszego prezydenta m. Krakowa, końcowe słowa przemówienia obecni wysłuchali stojąc, poczem Prezydent zamknął posiedzenie. Obok trybuny ustawiono wśród kwiatów portret Józefa Dietla malowany w r. 1876 przez Aleksandra Grabowskiego, koło portretu widniało berło srebrne i sygnet złoty z r. 1532 z herbem m. Krakowa. Nazajutrz znowu Uniwersytet składał hołd świetnemu swemu profesorowi i rektorowi.

Z uderzeniem godz. 12 w południe wszedł głównemi drzwiami do Auli w otoczeniu pedeli z insygniami senat akademicki z rektorami Dr. Kallenbachem, oraz dziekanami poszczególnych fakultetów, wszyscy przybrani w togi profesorskie. Po zajęciu miejsc przez profesorów chór akademicki odśpiewał „Gaude mater Polonia“, poczem rektor Kallenbach przedstawił działalność rektorską Dr. Dietla. Następny referat o działalności Józefa Dietla jako lekarza, wygłosił prof. Dr. Latkowski. Rektor Dietl zasłużył się dla nauki polskiej licznemi pracami, a sława jego jako lekarza hołdującego kierunkowi przyrodniczemu w lecznictwie obiegła całą Europę. Pierwszy D i e t l wprowadził w Polsce nowoczesną naukę medycyny. Był on także reformatorem szkół i założycielem „Przeglądu lekarskiego“ w r. 1861. tworząc komisję redakcyjną przy ówczesnem towarzystwie naukowem, które później zamieniło się na Akademję Umiejętności. Za zasługi otrzymał Dietl godność zwyczajnego członka Akademji Umiejętności. W końcu podniósł prof. Latkowski pracę twórczą Dietla nad podniesieniem zdrojowisk polskich. Śpiewem chóru akademickiego uroczystość zakończono

11-ego znowu odbyło się wspólne uroczyste posiedzenie Tow. Lekarskiego i Krak. Koła Internistów, na które złożyło się przemówienie prezesa jednego i drugiego Towarzystwa Prof. Latkowskiego i wykład Dra Szczeklika. Wreszcie dnia 12. X. przedmiotem inauguracyjnego wykładu dyrektora II kliniki wewnętrznej Prof. Latkowskiego była lekarska działalność Dietla. Wydział lekarski i II klinika chor. wewn. wmurowały pamiątkowe tablice, jedną w dawnej kl. chor. wewn., drugą w sali wykładowej II kl. chor. wewn.

Miasto zaś wydało Księgę pamiątkową stanowiącą najpiękniejszy hołd, jaki można było złożyć pamięci pierwszego po wprowadzeniu autonomji prezydenta m. Krakowa.

Krak. Tow. lek. W dniu 10 października b. r. odbyło się w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem uroczyste posiedzenie ku uczczeniu pamięci Józefa Dietla. Posiedzenie zagaił prezes Prof. Dr. Józef Latkowski poczem Dr. Szczeklik wygłosił odczyt p. t. „O poglądach Dietla na upust krwi w zapaleniach płuc.

W dniu 17 października b. r. odbyło się w Krak. Tow. Lek. zwyczajne posiedzenie. Na porządku dziennym demonstracja chorych z Kliniki Medycznej U. J. oraz odczyt Prof. Dr. Wachholza p. t. „O dochodzeniu dziewictwa".

Lwów.

Prezydjum Lwowskiej Izby Lekarskiej podaje do wiadomości, że z racji wyborów do Rady Izby Lekarskiej na trzechlecie 1921—1931, po myśli § 1. Instrukcji wyborczej izbowej, odbędzie się Ogólne Zgromadzenie Przedwyborcze w niedzielę dnia 18 listopada 1928 r.. o godzinie $10^1/_2$ przedpołudniem, w sali Instytutu Technologicznego we Lwowie, ul. Boularda 5.

W zgromadzeniu tem uczestniczyć mogą wszyscy członkowie Izby, objęci listą lekarzy uprawnionych do głosowania.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie podaje do wiadomości, że Sąd konkursowy Towarzystwa dla broszur popularnych ludowych p. t. „Jak pielęgnować i odżywiać niemowlę" i „Alkohol — wróg ludu" uznał za najlepsze prace: ad 1. pracę, oznaczoną godłem „Ojczyźnie budującej", ad 2. pracę, oznaczoną godłem „Abs. med".

Po otwarciu kopert okazało się że autorem pracy pierwszej jest doc. Uniw. Dr. Stanisław Progulski we Lwowie, autorką pracy drugiej jest Pani Marja Duszyńska we Lwowie. Wydział Towarzystwa Higjenicznego na posiedzeniu w dniu 10 września b. r. uchwalił udzielić powyższym autorom nagrody konkursowe po 200 zł. i postanowił obie prace ogłosić drukiem.

Jako również nadające się do druku uznał Sąd konkursowy dwie dalsze prace, a mianowicie oznaczone godłem „Eskulap" i „W trzeźwości postęp narodu". Autorowie tych prac jakoteż innych nadesłanych na konkurs mogą wydać dyspozycje co do prac swoich. W tym celu zechcą się zwrócić pod adresem. Dr. Adolf Kuhn, Lwów, Łyczakowska 46.

„Wskazówki dotyczące badania lekarskiego wychodźców", pod tym tytułem ukazało się świeżo drugie wydanie podręcznika Dra W. Gabla, przeznaczonego dla lekarzy. którzy zajmują się badaniem wychodźców z ramienia towarzystw przewozowych. W broszurce o 48 stronach zebrał autor w sposób zwięzły, na podstawie własnego, wieloletniego doświadczenia i odbytych w tym kierunku studjów dokładne wskazówki dla badania i kwalifikowania wychodźców, tudzież normy wedle których poszczególne państwa zamorskie kierują się przy dopuszczaniu wychodźców do wjazdu w swoje granice. Podręcznik ten wypełnia pożytecznie lukę, jaka istniała dotąd w literaturze polskiej w tym kierunku i powinien się cieszyć wzięciem wśród sfer interesowanych, a to tem więcej, że cena jego wynosi zaledwie 2 zł. Broszura ta znajduje się na składzie Księgarni „Gubrynowicza i Syna" — Lwów, ul. Rutowskiego 9.

Poznań.

Jubileusz „Nowin Lekarskich". W „Nowinach Lekarskich", zeszyt 20 z r. b. czytamy: W listopadzie b. r. mija 40 lat od założenia pierwszego pisma lekarskiego w Zachodniej Polsce „Nowin Lekarskich", które chlubnie świadczą o wysokim poziomie naukowym lekarzy wielkopolskich.

Mimo niewoli, mimo braku warsztatu naukowego, mimo niemożności komunikowania się z ośrodkami nauki innych zaborów, „Nowiny" nietylko przetrwały najcięższe chwile ucisku, ale dzięki wysiłkom lekarzy naszych utrzymały się na wysokim poziomie i stały się poważnym czynnikiem rozwoju i postępów polskiej nauki. To też świat lekarski Zachodniej Polski gotuje się do uroczystego obchodu pamiętnej rocznicy w dniu 18 listopada b. r., obchodu, któremu nada szczególnego nastroju dziesięciolecie pracy społeczno-lekarskiej w wolnej Polsce, zainicjowanej na pamiętnem posiedzeniu Wydziału Lekarskiego T. P. N. w roku 1918.

W listopadzie owego pamiętnego roku zjechali się lekarze z całej Zachodniej Polski, by zabrać się do gorączkowej pracy w dziedzinie sanitarnej. I dzięki temu zjazdowi powstały dzieła wspaniałe, jak Wydział Lekarski Uniwersytetu Poznańskiego, Związek Lekarzy, obejmujący obecnie cały kraj, Czerwony Krzyż Wielkopolski, Szkoła dla lekarzy powiatowych, Sanitarjat wojskowy naszej armji wielkopolskiej, dla którego prof. Wierzejewski zdobył na Niemcach olbrzymi materjał sanitarny, oraz cały szereg instytucyj, wchodzących w dziedzinę lecznictwa.

To też Komitet przygotowawczy, na którego czele stanął Prezes Wydziału Lekarskiego i Naczelny Redaktor „Nowin Lekarskich", Prof. Dr. Karwowski, czyni przygotowania, by te obchody wypadły najuroczyściej.

Spodziewany jest wielki zjazd przedstawicieli nauki lekarskiej z całej Polski, z którym łączy się zjazd chirurgów ortopedów pod egidą Prof. Dr. Wierzejewskiego.

Z kraju.

Dr. Józef Żychoń w Zakopanem opuścił z dniem 24 września stanowisko Dyrektora lekarskiego Sanatorjum „Odrodzenie" w Zakopanem po 15-toletniej pracy na tem stanowisku.

Ze świata.

W sprawie szczepień przeciwgruźliczych prątkiem B. C. G. Uodpornienie przeciw gruźlicy metodą Calmetta znajduje coraz większy odgłos w literaturze fachowej świata. W licznym szeregu państw nietylko Europy poczyniono próby tej ochrony, we Francji zaszczepiono już 113.820 dzieci. Rezultaty dotychczasowe zdają się dowodzić nieszkodliwości tej metody, o którą w pierwszym rzędzie jej przeciwnikom chodzi.

W celu wszechstronnego zbadania tegoż zagadnienia odbył się właśnie przed kilku dniami (15—19/X) w Paryżu w Instytucie Pasteura liczny międzynarodowy zjazd, zwłaszcza klinicystów pod protektoratem Société des Nations, który podzielił zapatrywania Calmetta. Po aprobacie przez stały Komitet higjeny w Genewie zostaną rezultaty obrad podane również do wiadomości prasy codziennej. Obszerne sprawozdanie z obrad podamy wkrótce.

Dr. Józef Fritz (Londyn).

Redakcja otrzymała.

Sprawozdanie z działalności Polskiego Towarzystwa Eugenicznego za rok 1927.

Ł. Regmund Sobieszczański — „O rokowaniu w suchotach płuc przewlekłych". Odbitka z czas. „Gruźlica", rocznik III. nr. 4.

Précis de Pathologie Chirurgicale — Collection de Précis Medicaux. Edition de librairie Masson et Cie. Paris 1928.

Tome I. — Pathologie chirurgicale génerale. Maladies des tissus. par P. Lecéne, L. Tixier et M. Patel — stron 961.

Tome II. — Tête, rachis, bassin — par H. Bourgeosis, Ch. Lenormant, R. Proust et R. Soupault; stron 969.

Tome III. Cou, Thorax, Glaudes mammaires — par H. Bougeois, P. Lecène, Ch. Lenormaut, stron 678.

Tome IV. — Abdomen — par A. Gosset, et D. Petit-Dutaillis, P. Duval et I. Gatellier, stron 918.

Tome V. — Appareil génital de l'homme, Pathologie urinaire, Gynécologie par E. Jeanbrau, P. Bégouin et F. Papin, stron 1027.

Tome VI. — Fractures et luxations. Affections acquises et congénitales des membres. — par E. Jeanbrau, L. Tixier et M Patel, R. Proust et R. Soupault, stron 922.

Sprawy Polsk. Tow. Pedjatrycznego. Rok dziesiąty działalności 1927. Warszawa 1928.

Sprawozdanie czterdzieste szóste z działalności Kasy im. Mianowskiego Instytutu popierania nauki za rok 1927. Warszawa — Pałac Staszica.

Włodz. Mikułowski — „Die Anwendung der Chromoneuroskopie nach der Methode Flatau in Kinderklinik". Esttrato dai Folia clinica, chimica et microscopica. Volme III, Fascicolo II, 1928.

Włodz. Mikułowski — „Przyczynek do kliniki gruźlicy „zamkniętej" u dzieci". Odb. z Medycyny nr. 21. 1928.

Włodz. Mikułowski — „Neuropatja na tle kiły wrodzonej u dzieci". Odb.z Medycyny, nr. 24, 1928 r.

K. Majewski, C. Wroczyński i M. Zachert — „Jaglica i jej zwalczanie". Wydaw. Departamentu Służby Zdrowia Min. spraw wewn. Warszawa. 1928.

Wł. Mikułowski — „O bliskim związku między pedjatrją a medycyną wojskową". Nakł. Bibljoteki oficerskiej szkoły sanitarnej. Warszawa 1928.